



Лекарски

Информативно-едукативно гласило на Македонското лекарско друштво

Година II, број 17, септември
Бесплатен примерок
Излегува еднаш месечно

ВЕСНИК

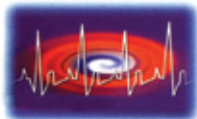
АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето ѝ пред сè
www.alkaloid.com.mk



Андол® 100

ацетилсалицилна киселина
во пулверизиран облик



Превенција и лекување на
кардиоваскуларни заболувања



ЕВТАНАЗИЈА

**ЕВТАНАЗИЈА- СЕКОГАШ
ЌЕ ПОСТОИ МОЖНОСТ ЗА
ЗЛОУПОТРЕБА**

стр. 2

**НАСИЛСТВОТО
ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ
СЕКТОР- ГЛОБАЛЕН
ПРОБЛЕМ**

стр. 4

Д-Р НИКОЛА БАКРАЧЕВСКИ

**ПРЕРАСНАВМЕ
ВО РЕГИОНАЛЕН
ЦЕНТАР**

стр. 6



ОДЛУКА НА УСТАВНИОТ СУД
НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

**ЛЕКАРИТЕ
НЕ СЕ ЈАВНИ
СЛУЖБЕНИЦИ**

Уставниот суд поништи дел од членот 3, точките 1 и 2 од Законот за јавни службеници, со кој се предвидува и здравствената дејност да се смета за јавна дејност.

Оваа одредба, како што кажаат од Уставниот суд е поништена бидејќи според Законот за здравствена заштита, здравствената дејност се дефинира како дејност од посебен општествен интерес, за разлика од дејноста на службениците која се дефинира како јавен интерес.

Здравствената дејност е посветена на здравјето на граѓаните, а другите дејности се посветени на државата. Здравството не е дејност која се врши во име на државата, туку дејност во функција на граѓаните.

Иницијативата до Уставниот суд била поднесена од Самостојниот синдикат на Клинички центри.



II КОНГРЕС НА МЕДИЦИНСКИТЕ АСОЦИЈАЦИИ ОД ЈУГОИСТОЧНА ЕВРОПА

ЗДРАВЈЕТО ПРИОРИТЕТ НА СИТЕ ВО ОПШТЕСТВОТО

Од 7 до 11 септември во Несебар, Бугарија, се одржа II конгрес на медицинските асоцијации од Југоисточна Европа. На Конгресот присуствуваа околу 700 лекари на Форумот на СЕЕМФ од 18 земји: Албанија, Азербејџан, Белорусија, Бугарија, Грција, Казахстан, Латвија, Македонија, Романија, Босна и Херцеговина, Србија, Украина, а од оправдани причини не присуствуваа претставниците на Црна Гора и од Словенија.

На свеченото отворање на Конгресот што се одржа во хотелот „Sol Nesebar Resort“, покрај претставниците на земјите-членки, на Форумот присуствуваше и претседателот на Светската лекарска асоцијација, д-р Вончат Субхачатурас, потоа претставници на Бугарската лекарска асоцијација, Академијата на

На Конгресот што се одржа од 7 до 11 септември во Несебар, Бугарија, присуствуваа над 700 лекари од 18 земји, од кои 50 беа повикани предавачи. На тркалезната маса активно учествуваа 40 учесници, а беа поднесени 15 труда

науките, Бугарската фармацевтска унија, Здружението на медицинските сестри на Бугарија, како и ректорите на медицинските универзитети и Унијата на студентите од медицинските факултети во Бугарија, голем број директори на еминентни клиники од медицинските факултети во Бугарија со своите екипи и директори на големи болници.

Од името на Организациониот одбор,

Вториот конгрес го отвори претседателот на Форумот, д-р Андреј Кехајов. Потоа на присутните им се обратија вице претседателот и ко-претседателот на СЕЕМФ, проф. д-р Јован Тофоски и проф. д-р Владимир Овчаров, претседател на Бугарската национална медицинска академија.

Обраќање на свеченото отворање им-
(Продолжува на стр. 3)

СЕДНИЦА НА БОРДОТ НА ФОРУМОТ НА ЛЕКАРСКИ АСОЦИЈАЦИИ НА ЗЕМЈИТЕ НА
ЈУГОИСТОЧНА ЕВРОПА

ПРОФ. Д-Р ЈОВАН ТОФОСКИ ДОБИТНИК НА ПРЕСТИЖНОТО ПРИЗНАНИЕ ЗА ОСОБЕНО ИСТАКНАТ ЛЕКАР

Со едногласна одлука на Бордот на СЕЕМФ, на кој присуствуваше и претседателот на Светската алијанса на лекарските асоцијации, д-р Вончат Субхачатурас, првите признанија за особено истакнат лекар на Југоисточна Европа ги добија проф. д-р Јован Тофоски, претседател на Македонското лекарско друштво, потпретседател на СЕЕМФ и копретседател на II конгрес на форумот на лекарските асоцијации на Југоисточна Европа, и проф. д-р Генчо Начев, водечки кардиохирург од Бугарија.

На седницата на Бордот на Форумот на лекарските асоцијации на земјите од Југоисточна Европа (СЕЕМФ) која се одржа во рамките на II Меѓународен конгрес на СЕЕМФ во Несебар, Бугарија, на која присуствуваа претставници на 15 земји-членки на Форумот, е установена награда за најдобар лекар на Југоисточна Европа. Ова високо признание во иднина традиционално ќе се доделува секоја година. Бордот овојпат донесе одлука да додели две признанија.

Одлуката за доделување на наградите е донесена врз основа на посебни критериуми што ги донесе Бордот на СЕЕМФ. Меѓу другото, наградата се доделува за достигнувања во медицинската практика, придонес за



развојот на медицинската наука, активно учество во медицинската професија, реален придонес на системот за здравствена заштита и неговата примена. Добитниците да се високо афирмирани личности во државата каде што работат и живеат, а, исто така, во

регионот, Европа и пошироко.

Критериумите за доделување на наградата беа утврдени на седницата на Бордот на СЕЕМФ која се одржа на marginите на XVIII конгрес на лекарите на Македонија во

(Продолжува на стр. 8)

БРЕНДОТ „АЛКАЛОИД“

Во македонското новинарство со коментарите најчесто се критикуваат одредени појави или пак се величаат одредени сомнителни резултати, кои, пак треба да и се допаднаат на власта.

Овојпат ќе се обидеме да избегаме од овие шаблони што суверено владеат подеднакво и во пишаните и електронските медиуми. Ќе се занимаваме со нешто што само по себе е коментар.

Деновиве фармацевтската компанија „Алкалоид“ од Скопје одбележа редок јубилеј за овие простори 75 години од постоењето. Тоа се години на постојан подем, приказна за малата мануфактура што прерасна во гигант на индустријата во Македонија и многу пошироко во светот. Брендот „Алкалоид“ денес е меѓу ретките фирми по што ја познаваат нашата држава.

Сите овие години фабриката од Скопје го градеше својот имиџ со сопствени сили, со кадар што изникнал однатре, со домашна памет, за што не се жалеа средства. На тој начин се изнедри тим кој ја претскажува убавата иднина на компанијата.

Акционерското друштво „Алкалоид“ стана водечка компанија во државата по сите параметри и пример како и на кој начин се гради фирма што долго ќе трае. Тоа уште сега е пример како се напредува и како се создава име што македонски се изговара на многу јазици во светот каде стигнуваат производите што излегуваат од производните хали.

Сплеткани во секојдневјето кое со својата реалност не ни дозволува да го видиме она што успева. Впрочем, новинарска вест кај нас е кога некоја фирма ќе пропадне, кога во некоја се пронајде криминал или во која работниците штрајкуваат.

За да не залутаме во тоа сивило, еве го „Алкалоид“ со својата успешна приказна да покаже дека сè е можно. Едноставно, треба за тоа да има визија и екипа која тоа ќе го реализира. „Алкалоид“, за среќа, го имаше и едното и другото. Скромно, без многу помпа сите овие 75 години беа дел од растежот на компанијата во која работа задоволни работници.

Примерот на „Алкалоид“ треба да се следи. Од него ќе треба да се ишмукува она што е позитивно, она што води напред и она што има перспектива. Според „Алкалоид“, тоа е девизата за успехот.

Овој уводник не е новинарска класика зашто не спомнавме ниту една партија, ниту светска криза, уште помалку објективни и субјективни околности, недостиг од средства, високи давачки и слично.

Да посакаме вакви приказни и вакви коментари да го изместат теркот врз основа на кој новинарите сега ги пишуваат коментарите.

Р.Л.В.

ЕВТАНАЗИЈА

СЕКОГАШ ЌЕ ПОСТОИ МОЖНОСТ ЗА ЗЛОУПОТРЕБА

Како напредокот на медицината да се состои само во овозможување на долготрајно одржување во живот на неизлечиви болни. Според најострите критичари на современата медицина, единствено што е постигнато во последните години е продолжено умирање со сето патење и болка, како за болниот, така и за неговото семејство. Оваа состојба веќе доби и име – дистаназија

Дебатата за евтаназијата повторно добива во сила, ако воопшто може да се каже дека некогаш стивнала. Притисокот на групите кои се борат за овозможување на евтаназијата се чувствува во земјите на запад, а успехот се гледа и преку ограничување на законските бариери и дозвола за вршење на некои видови евтаназија.

Аргументите на поборниците за евтаназија се цврсти и се движат преку слободата на избор и автономијата на секој човек, ослободување од болка и живот со лош квалитет на терминалните болни. Во почетокот тивко, денес сè погласно се зборува и станува сè поважен аргументот дека трошоците за неа на неизлечивите болни, особено возрасните со хронични тешки болести, сè повеќе ги истоштуваат здравствените фондови. Веќе и во дневните весници се зборува за огромните трошоци за неа на стари и неизлечиви болни. Се разбира дека во нив не се споменува евтаназијата отворено, но се пропагира правото на секој да одлучи кога и како на полесен начин да го заврши животот, а смртта да се сфати како нормален очекуван крај на секој живот. Стручните статии што се однесуваат на овој проблем сè уште поексплицитни – со бројки се презентираат трошоците за ваквите болни и се потенцира основниот аргумент дека на тој начин остануваат малку пари за покривање на здравствената негa на младата и здрава популација.

Во последните години развојот на медицината како да стагнира. Малку е постигнато во откривањето и лекувањето на тешките смртоносни болести, како на пример малигните. Како напредокот на медицината да се состои само во овозможување на долготрајно одржување во живот на неизлечиви болни. Според најострите критичари на современата медицина, единствено што е постигнато во последните години е продолжено умирање со сето придружно патење и болка, како за болниот, така и за неговото семејство. Оваа состојба веќе доби и име – дистаназија.

Првата земја во светот која законски ја регулира евтаназијата е Холандија. Во 1992 година е донесен акт за евтаназија со кој се регулира постапката за вршење активна евтаназија. Актот предвидува дека евтаназија може да се изврши само ако пациентот е свесен и доброволно изразил желба дека сака да умре поради тешката и неизлечива состојба во којашто се наоѓа. Прописите налагаат секој случај да се пријави и да се провери од уште еден доктор. Но, практиката покажа дека постои немарност при спроведување на овие одредби и дека бројката на извршената евтаназија е многу поголема од

онаа што се пријавува. Се разбира дека ваквата слаба контрола овозможува и провлекување на случаи кои не ги исполнуваат условите предвидени со актот.

Белгија донесе закон во 2002 година, а нивното искуство е подобро во однос на холандското. Дури постои и размислување-озаконување и на евтаназијата над деца.

Асистираното од лекар самоубиство не се смета за евтаназија, сепак многу признаваат дека има многу допирни точки. За разлика од активната евтаназија, каде што лекарот сам ја аплицира смртната доза на лек или презема исклучување на апаратот, кај асистираното самоубиство пациентот сам го зема лекот препишан од докторот. Случаите кога лекарот ја поставува венската линија заедно со препишаната доза, а пациентот сам го притиска копчето се некаде на половина пат меѓу активната евтаназија и самоубиството.

Во Австралија во деведесеттите години постоеше закон со кој се дозволуваше асистирано самоубиство. Иако се регистрирани само четири случаи, сепак законот е повлечен заради реакцијата на јавноста. Во весниците и на интернет се појавија лица, меѓу нив и доктори, кои објаснуваа како се врши



самоубиство, со кое средство е најдобро да се изврши и други поединости.

Погрешно се смета дека во Швајцарија е дозволено асистирано самоубиство. Веројатно заради популарноста на приватната клиника „Дигнитас“ каде што можеше сè до оваа година, кој било, па и пациентите од други земји, да се пријави и во соодветни услови заедно со својата фамилија да си ја аплицира смртната доза да тече во веќе поставена венска линија. Од оваа година сменет е законот и само државјани на Швајцарија можат да го искористат ова право. Всушност, не е официјално дозволено асистираното самоубиство, туку се користи одредбата во законот која вели дека за помагање на самоубиство ќе одговара само оној што има лична корист од неговата смрт.

Процесот на олабавување на забраната за евтаназија е започнат и во Соединетите Американски Држави. Во Орегон и Вашингтон докторот може да препише смртна доза на некој лек на пациент кој сака да умре, но не смее да учествува во администрирањето на лекот. Оваа одредба важи само ако пациентот е свесен, односно компетентен да



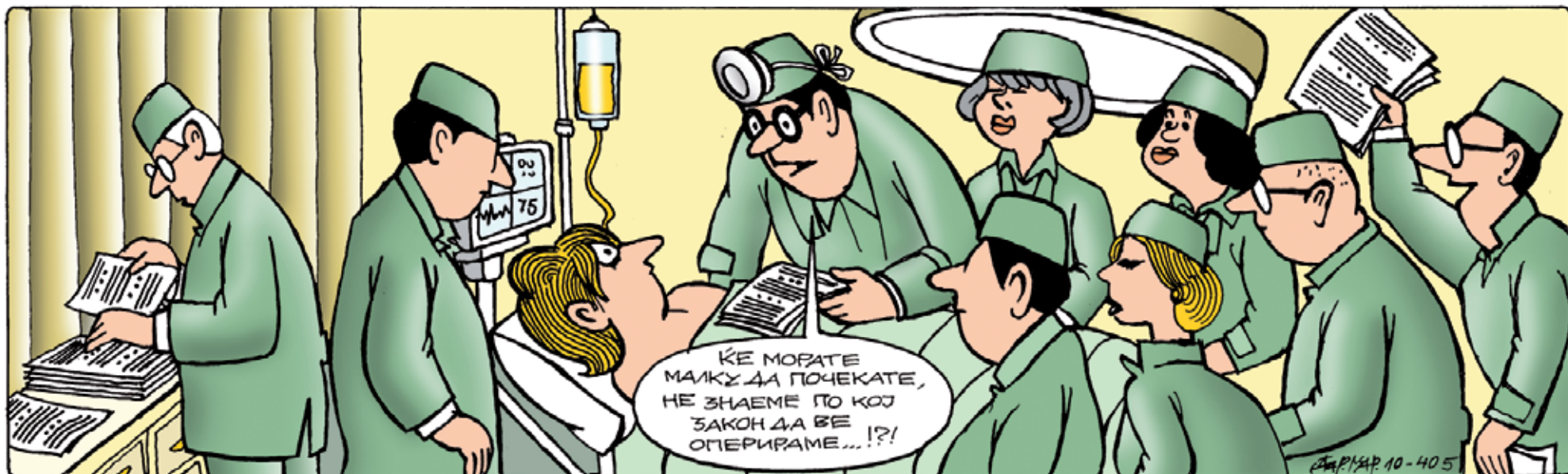
Пишува: Проф. д-р Билјана Јаневска

донесе одлука и да е терминално болен. За седум години вкупно 208 пациенти ја искористиле оваа можност. Интересен е податокот дека во 2004 година по нивно барање 60 пациенти добиле рецепт за смртоносна доза на лек, но 25 од нив не го употребиле.

Во етичките комитети и здруженијата низ светот сè уште преовладува ставот дека евтаназијата не смее да се прифати, а, исто така, и асистирано од лекар самоубиство. На тој начин, не само што се девалвира животот туку се нарушува и базичниот квалитет на односот лекар - пациент, а тоа е довербата. Поинаку е чувството и односот кон медицинскиот персонал ако пациентите, особено оние вулнерабилните, во терминална фаза, старите, знаат дека лекарот има право и може да му препише или даде лек со цел кај него предвремено да предизвика смрт.

Еден од цврстите аргументи против еутаназија е и можноста за таканаречена slippery slope – буквално во превод тоа е лизгава надолница. Стравот се состои во тоа што дозволувајќи ја евтаназијата, или само некоја нејзина форма, секогаш ќе постои можност за злоупотреба. Во текот на работењето може да се појави занемарување на критериумите, поширока примена на одредбите или едноставно предвремено прекинување на животот на тежок неизлечив болен која бара многу време и пари за неа. Постојат реални основи за такво нешто, штом еднаш се тргне целосната забрана, сигурно ќе постојат и тешкотии за контрола. Како што веќе напнавме, одредени автори се сомневаат и претпоставуваат дека во Холандија бројот на евтанизирани пациенти е многу поголем отколку што се пријавува. Контролата не е цврста, постои одреден број случаи што не се пријавуваат, па затоа и не можат да се проверат.

Тенденцијата за олабавување на строгата забрана на евтаназијата полека, но постојано се пробива во западните општества. Се зборува за правото на одлучување, право за достоинствено умирање. Прифаќањето на потпомогнато самоубиство - асистирање од лекар е првиот чекор. Иако тоа не се смета за евтаназија, сепак границата не е јасна и постои сомневање во начинот на изведување на самоубиствата – особено ако пациентот е терминално болен и не може сам да го земе лекот. Колку и да се внимателни законодавците во донесување на вакви одредби, сепак постои опасност од таканаречената лизгачка стрмина. Во име на соочување на достоинството на болниот, скратување на неговото патење и на неговата фамилија, лесно може да се крие и финансиска корист на болницата или здравствениот систем. Ова особено важи за оние земји каде што бројот на возрасната популација е сè поголем, а со тоа и висината на средствата за нивно згрижување и лекување на хронични болести, кои практично и не можат да се излечат.





II КОНГРЕС НА МЕДИЦИНСКИТЕ АСОЦИЈАЦИИ ОД ЈУГОИСТОЧНА ЕВРОПА

ЗДРАВЈЕТО ПРИОРИТЕТ НА СИТЕ ВО ОПШТЕСТВОТО



На отворањето на Конгресот: д-р Вончат Субхачатурас и организациониот одбор проф. д-р Јован Тофоски, д-р Андреј Кехајов и проф. д-р Владимир Овчаров

(Продолжение од стр. 1)

аа и д-р Вончат Субхачатурас, претседател на Светската лекарска асоцијација, д-р Бернардус Хантер, главен советник на Светската здравствена организација, д-р Петерис Апинис од Латвија, кој е претседател на здружението на лекарите од Латвија и главен уредник на списанието World Medical Journal, претседателот на Здружението на медицинските сестри на Бугарија и други.

На Конгресот присуствуваа околу 700 лекари, од кои 50 беа повикани предавачи, со исто толку презентирани труда и одреден број на постер презентации. Главни теми на овој медицинско-научен собир беа: дијабетис и компликации, кардиоваскуларни заболувања, инфективни и онколошки заболувања. Модератори на одделни сесии беа и проф. д-р Гоце Спасовски и проф. д-р Зоран Гучев. За одбележување е тркалезната маса која се одржа во рамките на Конгресот и тоа на тема: „Здравствени реформи и финансирање“. Беа презентирани 15 теми со околу 40 учесници. Прв на тркалезната маса, на присутните им се обрати д-р Вончат Субхачатурас кој во името на Светската медицинска асоцијација ги презентираше искуствата и целите според кои функционира Светската медицинска асоцијација. Потоа следуваа темите: „Политички и здравствени реформи: претставување на капитациите во примарната здравствена заштита- случаи и студии во Македонија и Србија“, со предавач д-р Владимир Лазаревик, од Светската здравствена организација; Безбедност на пациентите и медицински грешки, со предавач проф. д-р Јован Тофоски од Македонија; „Здравствена легислатива- помеѓу приоритети и псевдоприоритети“, со предавач проф. д-р Веселин Борисов од Бугарија; интеграција на националната медицинска асоцијација на Казахстан во светската заедница, со

предавач д-р Аизхан Садикова од Казахстан; „Глобализација и нови предизвици во здравствената заштита, улогата на професионалните организации на лекарите кои се занимаваат со нив“, со предавач Петерис Апинис од Латвија; „Десетте принципи на лекарите и менаџерите“, со предавач проф. д-р Тзекомир Воденитчаров од Бугарија; „Пристап кон реформите на системот на јавното здравство во Украина: концептуален, системски и про-



Дел од учесниците на II Конгрес на СЕЕМФ

фесионален“, со предавач д-р Олег Муслиу од Украина; „Виенска декларација на Европската медицинска студентска асоцијација“, со предавач Елиф Келес-ЕМСА; „Искуствата во работата на амбулантското здравство во Минск“, со предавач д-р Дзимтри Схаутс од Белорусија; „Португалски финансиски систем на здравствена заштита“, со предавач Педро Нориега од Португалија; „Насоки во идниот период за развојот на здравствената заштита во легални рамки во Србија“, со предавач проф. д-р Татјана Радосављевиќ од Србија; Бугарска фармацевтска унија – визија на националната политика за дрога“, со предавач Мирослав Ненчев од Бугарија и „Здравствените реформи и финансирање во Бугарија“,

со предавач д-р Андреј Кехајов.

На тркалезната маса на II меѓународен конгрес на форумот на земјите од Југоисточна Европа беше донесена Декларација за организацијата на здравствените системи. Следејќи ги основните принципи и одговорности на Светската здравствена организација и Светската медицинска асоцијација, како и приоритетите и насоките за развој на единствена европска стратегија 2020, претставниците на земјите-членки, учесници на II меѓународен конгрес на форумот на земјите од Југоисточна Европа, се изјаснија за иницирање на општо делување за промовирање на здравјето и благосостојба на граѓаните од целиот регион, работа на создавање подобри услови на квалитетот на живот на жителите во регионот, работа на подобрување на здравствената заштита, осигурувајќи експертски оценки, анализи и решенија на конкретни проблеми, со амбиција за реално учество во здравствената политика на соодветните страни. Во четвртата точка од Дек-

ларацијата се вели: „Ќе помогнеме здравјето да стане приоритет на целото општество и органите на управата, невладиниот сектор, граѓаните, академската јавност и сите други заинтересирани страни“.

Оцена на сите учесници на II конгрес е дека тој беше повеќе од професионален настан, со карактеристики на висока културолошка средба, која од медицинско-професионален аспект беше многу полезна за присутните лекари, а предизвикот да се соработува без присуство на политички мотиви, во мир и во духот на пријателство и успешна соработка, Форумот го става во улога на рамноправен партнер на Европската и на другите интернационални лекарски асоцијации.

СЕДНИЦА НА БОРДОТ НА ФОРУМОТ НА ЛЕКАРСКИ АСОЦИЈАЦИИ НА ЗЕМЈИТЕ НА ЈУГОИСТОЧНА ЕВРОПА

ПРОФ. Д-Р ЈОВАН ТОФОСКИ-ДОБИТНИК НА ПРЕСТИЖНОТО ПРИЗНАНИЕ ЗА ОСОБЕНО ИСТАКНАТ ЛЕКАР



Проф. д-р Генчо Начев, вториот добитник на признание за истакнат лекар

(Продолжение од стр. 1)

Охрид, во јуни 2011 година. Тие беа испратени до сите лекарски здруженија.

Високото признание што го доби проф. д-р Јован Тофоски истовремено е признание и на Македонското лекарско друштво кое од своето постоење континуирано е еден од главните носители на развојот и унапредувањето на медицинската струка и наука и етика, за македонската медицина, за нејзиниот развој и достигнувања. Тоа сигурно ќе биде поттик за новите генерации лекари за остварување на уште подобри резултати.

Признанијата кои едногласно им ги додели Бордот на СЕЕМФ на проф. д-р Јован Тофоски и на проф. д-р Генчо Начев, според критериумите, ќе бидат причина за одржување на високите критериуми за доделување на ваквите признанија во иднина на лекарите од Југоисточна Европа.

На седницата на Бордот на СЕЕМФ е донесена одлука за прием на Белорусија, Грузија и Украина како нови членки на Форумот на лекарските асоцијации од Југоисточна Европа. На тој начин оваа асоцијација сега има 18 земји-членки.

Д-Р WONCHAT SUBHACHATURAS, ПРЕТСЕДАТЕЛ НА СВЕТСКАТА

ВООДУШЕВЕН СУМ ОД ОНА ШТО ГО ВИДОВ

Чест и задоволство ми е што присуствувам на II интернационален медицински конгрес на Форумот на медицинските асоцијации на Југоисточна Европа- СЕЕМФ во Несебар. Ова е импозантен настан на кој присуствуваат околу 700 лекари од повеќе од 15 земји од овој регион. Презентациите беа на теми кои се актуелни на светско ниво: дијабетесот и компликациите, кардиоваскуларни болести, инфективни и онколошки болести беа на највисоко научно-медицинско ниво. Во оваа прилика се запознав со многу еминентни лекарски имиња од земјите-учеснички на СЕЕМФ кој, благодарейќи на Организациониот одбор на Форумот, на претседателот, д-р Андреј Кехајов и копретседателот проф. д-р Јован Тофоски, кој впрочем е и претседател на вашето, Македонското лекарско друштво, навистина беше организиран на високо професионално, медицинско ниво.

На овој Конгрес го изнесов мојот став за медицинската професија во светски рамки, а тоа е дека сега има модерна технологија за транспорт и современа технологија за информационо поврзување кое повеќе не зближува нас лекарите низ светов. Светската медицинска асоцијација работи токму за нив, претставувајќи ја насакада медицинската професија и заложбите на лекарите

за подобра здравствена заштита. Насоката за сите нас-лекарите е дека здравјето на луѓето, превенцијата во лекувањето е заради здрави нации, а со тоа и намалување на трошоците здравствените фондови и во развиените и во неразвиените земји.

Светската медицинска асоцијација ги поврзува лекарите од целиот свет. Оваа година патував многу низ светот, на север во Осло, на југ во Бразил, на исток во Јапонија, на запад до Чикаго, во Европа присуствував на ЕФМА...

Воодушевен што сум тука, што во Несебар се сретнав со многу луѓе од Источна Европа. Ја разгледав листата на членовите од СЕЕМФ и видов дека има европски земји кои веќе се членови, но има и такви кои сè уште не се, а би сакале да бидат. Сметам дека ако секоја земја се приклучи во работата и соработката со Светската медицинска асоцијација тоа ќе биде нашата силна конекција со Светската здравствена организација (СЗО), бидејќи иако ние работиме во различни организации и асоцијации, работиме за нашето сопствено членство, функционираме за нашите сопствени идеи и цели. За среќа, не сме под политичко влијание и не треба да бидеме. Здравството во некои земји, за жал, сè уште е под влијание на политиката, но мислам дека медицинската професија како хумана гранка

не смее да се политизира. Ние лекарите треба заедно да работиме, да се надополнуваме и надградуваме без разлика на политичката обоеност затоа што во политиката постојано има конфликти, а медицинската професија е хумана и е во функција на луѓето, пациентите, нивното здравје и општата благосостојба и тука не смее да има граници.

Ова е всушност моја порака и за членките на II медицинскиот конгрес на источно-европските земји. Оваа беше добра и неповторлива прилика и за мене, да се запознаам со сè што се случува во овој дел од светот. Морам да кажам дека наидов на голема подготвеност за соработка меѓу земјите во овој регион. Импозантни беа и бројките на земји учеснички над 15 земји и трудови што беа презентирани.

Се радувам дека токму овде го почувствував она што сакам да го гледам во оваа професија, а тоа е соработка помеѓу земјите од регионот и тоа не само меѓу лекарите и не само меѓу медицински професионалци. Докторите не работат сами. Ним им треба соработници зашто во оваа област е неопходна тимска работа, а таа бара функционален систем од доктори, сестри, фармацевти, физиотерапевти, стоматолози, па дури и социјалните работници. Тоа од причина што сите ние работиме за здравјето на луѓето. Би било



Д-р Вончат Субхачатурас, претседател на Светската медицинска асоцијација

извонредно ако направиме добра алијанса помеѓу здравствените работници, професионалци, би го нарекол медицинско сојузничество. Колку повеќе работиме заедно, толку повеќе чекори можеме да поминеме. Луѓето во овој регион, во оваа организација, односно на II интернационален медицински конгрес на земјите од Југоисточна Европа - СЕЕМФ се многу активни. Тоа го видов од нивните презентации, од нивните активности и заложби.



НАСИЛСТВОТО ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СЕКТОР – ГЛОБАЛЕН ПРОБЛЕМ

Потребно е да се истакне тешкотијата во креирањето профил на луѓе кои извршуваат насилни дејства на работното место и да се препознаат ризиците поврзани со генерализирање и стереотипизирање на оваа област. Во Обединетото Кралство извештаите покажуваат дека помеѓу една четвртина и една половина од персоналот на Националната здравствена служба (NHS) пријавуваат значително растројство поврзано со работата. Според извештаите/прегледите на државата, мнозинството здравствени работници искусиле барем еднаш инцидент на физичко или психичко насилство во претходната година: 75,8% во Бугарија; 67,2% во Австралија; 61% во Јужна Африка; приближно 48% во Португалија (60% во здравствените центри и 37% во болниците); 54% во Тајланд; 46,7% во Бразил⁽⁴⁾. Насилството на работното место е препознаен генератор на посттравматско стресно растројство (PTSD) и според истражувањата, меѓу 40% и 70% од жртвите пријавуваат значително ниво на PTSD симптоми⁽³⁾.

Причини за ескалирање на проблемот со насилството

Последниве години насилството во здравствениот сектор се зголеми поради различни причини. Од една генерална гледна точка, причините за насилството на работното место се идентификувани во три главни области: организациско, општествено и индивидуално ниво. Причините се сложени и комплексни на таков начин што придонесуваат за појава на насилство, но може пошироко да му се припишат и на акумулирањето на стресот и тензијата кај здравствените професии под притисок на општествените проблеми и реформите во здравствениот систем.

Причини за насилство на организациско ниво

Според ILO, здравствените работници се со висок ризик да искушат насилство на работа, вклучувајќи речиси една четвртина од сите насилни дејства на работно место што се случуваат во здравствениот сектор⁽⁴⁾. ILO зборува за силна корелација меѓу насилството на работното место и професиите што се поврзани со висок степен на стрес. Постојното или тековното реструктурирање на здравствените системи, недостигот од вработени, ниските плати и работата во смени се фактори што предизвикуваат ранливост и стрес кај здравствените работници. Напорот на работа доведува до високи трошоци во смисла на стапка на болести и загуба на работници, со што се зголемува товарот врз оние кои остануваат.

Корелацијата меѓу насилството и стресот е значајна не само со својот ефект врз секој работник, туку и заради одредување на глобалниот импакт на стресот и последовно на насилството врз здравствениот систем и организации.

Врската меѓу насилството и стресот го потенцира значењето на разгледување на проблемите на организациско ниво кои може да придонесат за стрес на работното место кај здравствените работници. Имплементацијата на промените за да се намали стресот би ги намалила зголемените трошоци и компромитираната ефикасност предизвикана од насилството на работното место.

Причини за насилство на општествено ниво

Важно е да се признае дека јавното мислење за улогата на докторот е нејасна и замаглена последниве години од многуте проблеми асоцирани со модерната медицина и здравствена грижа. На докторите повеќе не се гледа како на јавни слуги посветени на спасување животи и обезбедување третман, туку како на жртвени јарци за проблеми какви што се покачување на трошоците за здравствените услуги и пренатрупување во болниците и медицинските институции. Како последица, погрешно насочениот бескон докторите често пати доведува до насилни инциденти.

Лекарите се принудени да ја преземат улогата на гласници на несоодвениот здравствен систем. Тие често пати мора да им објаснуваат на пациентите дека лековите кои им се потребни не ги покрива или не се одобрени од нивното осигурување. Исто така, на докторите им се врзани рацете кога пациентите се жалат на долгото чекање поради несоодвениот број вработени, недоволните ресурси и местата за третман. Како што растат трошоците за здравствената грижа, а медицинската технологија прогресивно станува сè поскапа, така докторите се значително обременети или преоптоварени со зголемен ризик за насилство на работното место поради незадоволството на пациентите.

Причини за насилство на индивидуално ниво

Според ILO, здравствените работници се со тенденција да ја рангираат личноста или карактерот на пациентот како главен фактор за насилството. Студиите покажале дека најчести предизвикувачи на актот на насилство во здравствениот сектор се долгото чекање и незадоволството од добиениот третман⁽¹⁾. Студиите наведуваат дека нетрпението што го придружува времето на чекање може да вклучува култивиран елемент. Кога некоја популација ќе искуси компромитирачко чувство за безбедноста и сигурноста во еден продолжен период, може да се развијат норми и мостри на однесување што ќе ја поттикнат тенденцијата кон насилно однесување. Вложувањето на економската или безбедносна ситуација на една земја создава услови во кои лекарите се грижат за пациентите кои се погодени од физичката и ментална болка или беда во својата околина. Ова зголемено неспокојство кај пациентите потенцијално може да ги изложи докторите во болниците и здравствените домови на насилни дејства на работното место.

Формулирање на стратегија

Кога се востановува стратегија за справување со насилството на работното место значајно е да се анализираат потеклото и факторите на ризик за стрес на работното место и насилните дејствија во индивидуалните заедници со цел да се идентификуваат приоритетите за доделување, алоцирање средства и ресурси и да се развијат соодветни и ефикасни политики.

Засновано на многу разновидни студии, ILO и другите интернационални организации препорачуваат мултифацетиран пристап којшто ги интегрира интервенциите на организациско, општествено и индивидуално ниво, со јасен фокус на превентивната акција. Реформирањето во областа на законодавството, безбедноста, собирањето податоци, обуката, факторите од околината, јавната свесност и финансиските стимулации се потребни со цел успешно справување со овој проблем^(1,2).

Исто така, значајна е соработката меѓу различните акционери, вклучувајќи ги владите, националните медицински здруженија, болнички установи од јавното здравство, менаџментот, осигурителните компании, едукаторите и обучувачите, истражувачите и полицијата. Како претставници на лекарите, националните медицински здруженија не само што треба да имаат активна улога во борбата со насилството, туку треба да ги охрабруваат да дејствуваат и другите клучни фракции. Посветеноста и соработката на секоја единка е императив за ефикасно да се зафати во костец со нашироко распространетиот проблем на насилство на работното место во здравствениот сектор.

Интервенции насочени против насилството во здравствениот сектор

Врз основа на анализата на извештаите од земјите, ILO препорачува дека интервенциите против насилството на работното место во здравствениот сектор треба да се фокусираат на: а) општи услови во општеството и во легалните рамки; б) нормативни интервенции, какви што се упатства и способност/компетенции за менаџмент; в) интервенции на околината и на индивидуално ниво⁽⁴⁾.

Исто така, се препорачува земјите да почнат со подигнување на свеста за проблемот и градење поголемо разбирање меѓу здравствените професионалци за причините и придружните ризици за насилството на работното место.

Препораки на Светската медицинска асоцијација

Една декларација за насилството во здравствениот сектор што е предложена за усвојување од Светската медицинска асоцијација дава детални стратегиски препораки. Декларацијата се залага и бара националните медицински здруженија да ги охрабруваат здравствените институции да имплементираат превентивни стратегии против насилството. Превентивните стратегии треба да вклучуваат, меѓу другото, итно пријавување на насилство и одреден план за акција против насилните инциденти.

Декларацијата понатаму препорачува националните приоритети и ограничувања на медицинската грижа да бидат јасно адресирани од владините институции со цел да се намали незадоволството на пациентите. Понатаму, раководителите, директорите на здравствени сектори да усвојат став за нулта-толеранција на заканите и дејствата на насилство.

Треба да се обезбедат различни форми на советувања и поддршка за членовите на персо-

налот кои биле жртви на закани за насилство или насилни напади за време на работа. Кога тоа е уместо, јавноста треба да биде информирана за насилните случки со цел да се подигне свесноста.

Националните медицински здруженија треба да лобираат за основање системи за известување што ќе им овозможат на здравствените работници да пријавуваат, анонимно и без репресалии, какви и да било закани или насилни инциденти. Таквите системи треба да бидат употребени за да се анализира ефикасноста од превентивните стратегии, а податоците треба да се собираат, снимаат и забележуваат.

Законската примена треба да им даде висок приоритет на чиновите на насилство во здравствениот сектор, а треба да се наметнат, односно да се воведат безбедносни мерки. Треба да се имплементира рутинска ревизија за ризикот од насилство за да се идентификуваат високоризичните работни места и локации. Болничкиот персонал треба да биде добро обучен за да препознае и предвиди високоризични ситуации и треба да биде охрабруван од менаџментот да биде претпазлив. Исто така, треба да се промовира негувањето на здрави односи меѓу лекарот и пациентот и ефикасна комуникација.

Просториите за чекање наменети за пациентите треба да се комфортни и да им овозможуваат неограничен пристап до тоалетите и другите потребни простории.

Систем којшто ќе им овозможи на незадоволните пациенти да доставуваат поплаки и да добиваат соодветни и навремени одговори исто така може да послужи при намалување на загриженоста или неспокојството кај пациентот и да придонесе за мирна и неутрална околина.

Декларацијата, исто така, ги охрабрува владите да распределат средства со цел да се имплементираат реформите во здравствениот систем.

Заклучоци

Како глобален проблем на насилството во здравствениот сектор продолжува да му се обрнува внимание низ целиот свет на различни начини и од различни акционери. Нема беганье од признавањето дека, иако секоја партија



се надева дека нејзините напори ќе го намалат насилството врз здравствените професионалци, еден посеопфатен план сигурно ќе има поголем успех во намалувањето на овој феномен. Таквиот план бара широка соработка и активно вклучување на сите засегнати. Партиите мора заеднички да работат за да воспостават превентивни планови, што ќе бидат рутински евалуирани за да се оцени ефикасноста и да се идентификуваат областите на кои им е потребен напредок. Доволна соработка и градење цврсти политики и рамки ќе помогнат за значително намалување на насилството во здравствениот сектор.

Dr. Yoram Blachar,
Israel Medical Association

Референци:

1. Carmi-Iliz, T., Peleg, R., Freud, T., Shvartzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. BMC Health Service Research, 5(54). doi: 10.1186/1472-6963-5-54.
2. Derazon, H., Nissimian, S., Yosefy, C., Peled, R., Hay, E. (1999). Violence in the emergency department (Hebrew) Harefuah, 137(3-4):95-101, 95-101. <http://www.ima.org.il/harefuah1/inpage.asp?show=article&nJournalID=94&catID=245&artID=1078>
3. International Labour Organization (2003). ILO fact sheet: Workplace violence in the health services. Last accessed 28th March 2011. <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/transport/violence.pdf>
4. World Health Organization (1995). Prevention of violence: a public health priority. Last accessed 28th March 2011. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf

ЦЕНТАР ЗА ОРТОТИКА И ПРОТЕТИКА СЛАВЕЈ АД - СКОПЈЕ

ОРТОПЕДСКИ ПОМАГАЛА

Адреса: ул. Васил Ѓоргов бр. 45
1000 Скопје, Р. Македонија

Тел: ++389 (0) 2 3217-633

Факс: ++389 (0) 2 3247-199

e-mail: slavej@slavej.com.mk

www.slavej.com.mk

РАБОТИМЕ ЗАЕДНО ЗА ПОЗДРАВ СВЕТ

КАЈ ОЧНА ХИПЕРТЕНЗИЈА И ГЛАУКОМ ЗАШТИТЕТЕ ГО НАЈДРАГОЦЕНОТО

Започнете со силна контрола на ИОП за долготраен успех во лечењето



ЛЕК ОД ПРВ ИЗБОР



МетаМедико д.о.о.е.л. Маркетинг, промоција и регулатива

- Најдобар профил на подносливост во својата класа
- Покажува добар системски безбедносен профил
- Само една капка дневно



Погледнете подобро...



пред да препишете амлодипин

- Најпрепишуваниот антагонист на калциумови канали во светот;
- Подеднакво ефикасен: Кај сите старосни групи, пациенти со дијабетес, бубрежни заболувања и кај хиперлипотеинемии;
- Најдобар безбедносен профил во споредба со генеричките продукти.

Еднаш дневно 5мг и 10 мг

NORVASC®
Единствен оригинален амлодипин

Адреса: ул. Јан Хус Бр.28, 1000 Скопје, Македонија,
Тел: (02)3069 702; 3069 703, Факс: (02)3070 506 e-mail: metamedico@metamedico.com.mk

LYRICA – лек од прв избор За пациенти со невропатска болка

LYRICA®
PREGABALIN
Брз почеток. Трајно олеснување

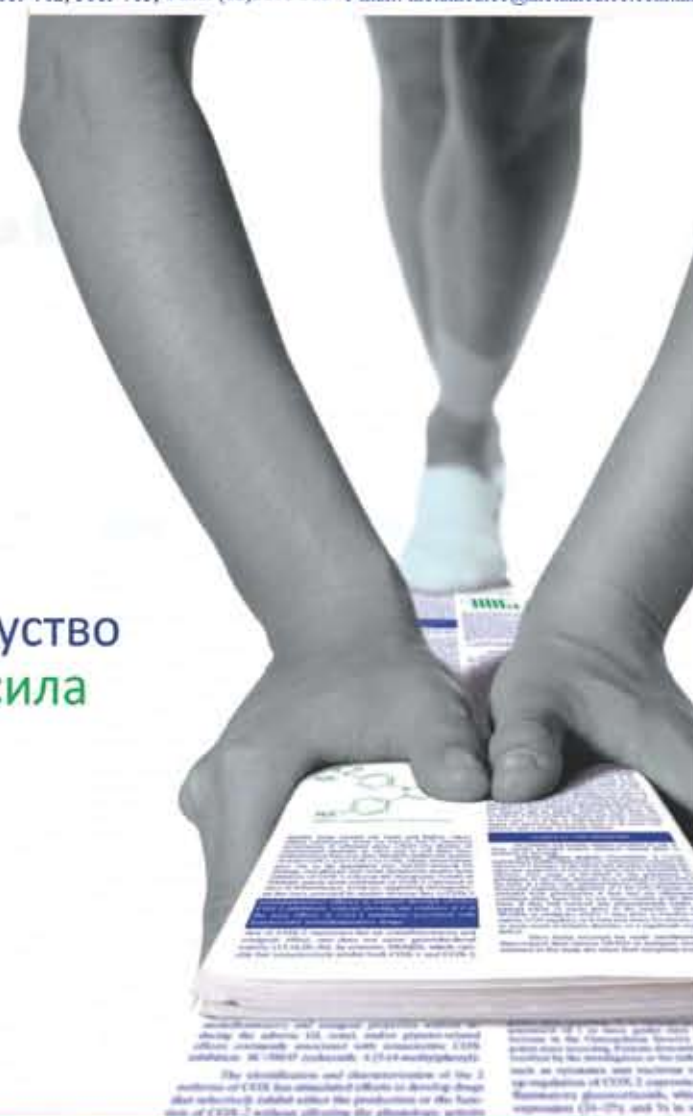
Донесува брзо и трајно олеснување дури и тогаш
кога другите лекови не делуваат

Донесува подобра сообразност и успех во
терапијата за вашите пациенти;

Без познати фармакокинетички интеракции
со други лекови, одлична подносливост и
безбедносен профил.



Од искуство
доаѓа сила



CELEBREX®
(CELECOXIB)

Специјалната кардиолошка болница во Охрид во последниве години бележи вистински подем. Се зголемуваат процедурите како и бројот на пациентите што ги користат услугите. За досегашните успеси, за плановите и проблемите разговараме со директорот на болницата, д-р Никола Бакрачевски.

ЛВ: Заводот за кардиоваскуларни заболувања прерасна во втора специјална кардиолошка болница во Македонија. Таа денес ги решава и најтешките кардиолошки заболувања, се вградуваат стентови, се прави коронарографија на пациенти од територијата на југозападниот дел од Македонија, па дури и соседните земји. Колку сте задоволни со сегашните активности на кардиолошкиот завод?

Д-р Бакрачевски: Од јуни 2006 во нашата установа покрај неинвазивна кардиологија и рехабилитација, почна да функционира работната единица за интервентна кардиологија. Со тоа за многу кусо време се зголемија перформансите на нашата установа. Се воведоа нови процедури и постапки (дијагностички и терапевтски) што придонесе постојано да расте на бројот на третирани пациенти и бројот на процедури и постапки (дијагностички и терапевтски). Што се однесува до вашата констатација за покривање на југозападниот регион во Македонија, ќе ве коригирам со фактот што ние сме единствен центар за кардиоваскуларна рехабилитација во Република Македонија, а, исто така, и пред воведување на одделот за интервентна кардиологија и во делот на неинвазивна кардиологија имавме пациенти од речиси целата територија на државата и соседна Албанија. Што се однесува, пак, до интервентната кардиологија, ние прераснавме во регионален центар кој ги покрива градовите во југозападниот регион, за решавање на акутни миокардни инфаркти со примарна перкутана интервенција. Што се однесува до елективните случаи на кои им е потребна инвазивна дијагностика и третман, имаме пациенти од целата земја. Со она што досега е направено задоволен сум како во поглед на квалитетот на здравствени услуги што ги дава, така и во поглед на бројот на пациенти што ги опслужува.

ЛВ: Од какво значење е болницата за регионот и воопшто за Македонија?

Д-р Бакрачевски: Нашата установа е втора болничка установа во Македонија во системот на јавно здравство која се занимава со кардиоваскуларна медицина.

Во делот на кардиоваскуларната рехабилитација, како што кажав, ние сме сè уште единс-

ИНТЕРВЈУ НА Д-Р НИКОЛА БАКРАЧЕВСКИ, ДИРЕКТОР НА СПЕЦИЈАЛНАТА КАРДИОЛОШКА БОЛНИЦА ВО ОХРИД ПРЕРАСНАВМЕ ВО РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТАР

твена установа која се занимава со оваа проблематика.

Во областа на инвазивната и неинвазивната кардиологија нескромно е да кажам дека го покриваме поширокиот југозападен дел на Македонија со градовите Охрид, Струга, Кичево, Ресен, Битола, Дебар, Македонски Брод и Прилеп, како и соседните градови на Република Албанија: Поградец и Корча со околината. Благодарение на отворање на одделот за интервентна кардиологија успеавме да овозможиме брз, навремен и ефикасен третман на пациенти со акутен миокарден инфаркт и нестабилна ангина, а со тоа да ја намалиме mortalitetната и morbiditetната стапка кај популацијата од овој регион. Како што е познато факторот време е најсилен предиктор на преживување кај пациентите коишто имаат акутен миокарден инфаркт.

Со задоволство можам да истакнам дека за пациентите од Охрид и Струга успеавме “Door to balloon time”, односно времето од почетокот на симптомите до воспоставувањето на нормален коронарен проток, да го сведеме на 90 или помалку минути, што претставува класа I препорака и според ACC/AHA, и според ESC при третманот на акутен миокарден инфаркт. Вложивме огромни напори преку едукативни презентации, чести состаноци и меѓусебни контакти со сите субјекти инволвирани во здравствената нега на пациентите со АМИ во овие два града (интерни одделенија, матични лекари, единици за брза помош, здравствени домови, МЛД и ЛКМ, организирање на едукативни предавања за пациенти) да воспоставиме ефикасен систем за брзо и координирано решавање на состојбите кои можат да го загрозат животот на пациентите.

Последните две години забележуваме одлични резултати во скратување на „Door to balloon“ времето кај пациентите со АМИ кои доаѓаат од Кичево и Ресен, и бележиме доближување на временскиот лимит од 90 минути кај пациентите кои доаѓаат од Битола и Дебар.

Од друга страна, воведувањето на одделот за Интервентна кардиологија во Охрид како втора установа по Клиниката за кардиологија во Скопје овозможи скратување на листата на чекање кај пациентите за елективни процедури. Оваа листа на чекање која некогаш знаеше да биде подолга од 6 месеци сега е скратена на само неколку недели.

Покрај стентирањето на коронарните артерии, во нашата катетеризациона лабораторија со голем успех се изведува и балон дилатација и стентирање на каротидни артерии и периферни артерии на нозете, што овозможува рапиден развој на ангиологијата и васкуларната медицина.

ЛВ: Каква е вашата соработка со Клиника за кардиологија во Скопје?

Д-р Бакрачевски: Ќе бидам искрен и ќе напоменам дека почетокот на работа на Одделот за интервентна кардиологија во Охрид доведе до одредени недоразбирања помеѓу нас и Универзитетската клиника за кардиологија Скопје и на некој начин беше разнишана долгогодишната плодна соработка. Меѓутоа контактите, консултациите, размената на искуства и размената на пациенти со лекарите од таа уста-

нова во ниеден момент не беа прекинати. Но, за општо добро на македонската кардиологија и пациентите со кардиоваскуларни заболувања, сите тие недоразбирања беа брзо надминати и денес се веќе минато, така што во овај момент соработката со Универзитетската клиника е на високо ниво. Сето тоа е во прилог на зголемување на квалитетот на негата на пациентите со кардиоваскуларни заболувања.

ЛВ: Колку пациенти месечно ги користат услугите на Кардиолошката болница?

Д-р Бакрачевски: Во нашата болница секој месец во амбулантите се третираат околу 1.100 до 1.300 пациенти, се изведуваат околу 2.400 до 3.000 неинвазивни кардиолошки процедури, во дневната болница, интензивна и постинтензивна нега се третираат околу 150 пациенти, се изведуваат околу 100 до 120 инвазивни кардиолошки процедури во Одделот за интервентна кардиологија и се третираат уште околу 30 до 40 акутни миокардни инфаркти. Кон оваа бројка треба да се вклучат и уште 100 пациенти месечно кои доаѓаат за кардиоваскуларна рехабилитација. Или ако споредиме со периодот кога не беше воведена интервентната кардиологија дојде до зголемување на волуменот на работа за 150 до 300% во сите оддели.

ЛВ: Колку од нив се наши, а колку се странски државјани?

Д-р Бакрачевски: Повеќе од 97% од пациентите се од Македонија, а останатите се странски државјани, пред сè, од Албанија.

ЛВ: Колку лекари работат на коронарографија и на стентирање?

Д-р Бакрачевски: Во моментот во Одделот за интервентна кардиологија работат пет лекари од кои четири изведуваат интервентни процедури со стентирање, еден од нив изведува дијагностички коронарографии. Грижата за едукација на кадарот е постојана, така што да во овој момент имаме уште двајца доктори кои се во процес на едукација за изведување дијагностички процедури во овој оддел.

ЛВ: Дали, според Вас, тоа е доволен персонал да одговори на потребите?

Д-р Бакрачевски: За жал, морам да констатирам дека според бројот на пациенти кои ги опслужуваме, според бројот на процедури и постапки кои ги изведуваме и според бројот на болнички кревети, имаме недостаток од медицински персонал, пред сè медицински техничари и лекари. Се надеваме дека во наредниот период нашите барања за вработување на нов персонал ќе најдат на разбирање во Министерството за здравство и Фондот за здравство и овој недостаток набрзо ќе биде надминат.

ЛВ: Колку сте задоволни со опременоста на Болницата и имате ли потреба од пософистицирана кардиолошка апаратура?

Д-р Бакрачевски: Опременоста на Болницата со медицинска апаратура е на високо ниво. Располагаме со сите потребни апарати и помагала кои се неопходни за изведување дијагностички и терапевтски процедури и следење на пациенти, но секако потребата од обновување на некои од нив и обезбедување на нови е присутна. Она што најмногу ни е потребно во овој мо-



мент е замена на стариот ангиографски апарат со нов. Во постојаните контакти со надлежните институции сме известени дека ангиографскиот апарат наскоро би требало да стигне и да биде инсталиран. Претходно од големиот тендер од Министерството за здравство нашата установа доби софистициран ехокардиографски апарат, респиратор, стерилизатор, пациент монитори и централа за следење на пациенти, биохемиски анализатор. Во претходните две до три години со сопствени средства набавивме ехоапарати, пациент монитори, централа за истите, ЕКГ апарати, дефибрилатори, холтери, лабораториски анализатори, комплетна опрема за интензивна нега и потполно ја обновивме апаратурата и помагалата во Одделот за кинезитерапија и физикална медицина. Секако дека тука ќе ги спомнеме и обновувањето и ентериерно уредување на кабинетите и просториите каде што се изведува дејноста.

ЛВ: Како ја оценувате соработката со надлежните од Фондот за здравствено осигурување, се разбира во интерес на пациентите?

Д-р Бакрачевски: Досегашната соработка со Фондот за здравствено осигурување е на завидно ниво и засега успеваме да ги усогласиме нашите потреби и активностите на општо задоволство на пациентите. Се разбира дека постојат одредени мали разлики во поглед на утврдување на буџетите, како и утврдување на цените на здравствени услуги во амбулантно-поликлиничката дејност и за некои дијагнози во болничката здравствена заштита, меѓутоа се надевам дека со заедничко разбирање и тие наскоро ќе бидат надминати.

ЛВ: Како директор на установата, со какви проблеми се соочувате и какви се Вашите планови за одржување, како и за поголем развој на кардиолошката болница?

Д-р Бакрачевски: Еден од позначајните проблеми на оваа установа, како што веќе споменав, е недостатокот од персонал, посебно средно-медицински и лекарски, кој според нашите информации што ги имаме од надлежните институции, се надеваме дека набрзо ќе биде надминат. Тоа ќе ни овозможи да го подобриме квалитетот на услугите кои ги даваме и ќе ни овозможи ефикасно да се справиме со проблематиката која секојдневно ја решаваме. Не помалку сериозен проблем е ограничениот простор во кој ја изведуваме нашата дејност и функционалната неадекватност на некои делови. Болницата е сместена во реконструиран објект на некогашното одморалиште за борци и воени инвалиди – „Сутјеска“. Влегувањето во овој простор ќе ни овозможи отворање на уште една катетеризациона лабораторија и конечно отпочнување со работа на Одделот за електро-стимулација и електрофизиологија.

промоција и превенција на болестите, малигните заболувања и палиативната нега, руралната медицина, филозофијата и етиката, едукацијата во општата семејна медицина, кардиоваскуларните заболувања и слично. Делегацијата од Македонија ја сочинуваша пет лекари од како претставници на Здружението на лекарите по општа медицина и од Центарот за семејна медицина. Треба да се нагласи дека тие направиле голем број контакти, со единствена цел размена на искуства, интензивирање на соработката со катедрите на земјите во регионот и во Европа, како и заради запознавање со Европските новини и искуства и нивна примена за поинтензивен развој на семејната медицина во Македонија. На следните конференции би било добро нашата земја да биде претставена со поголем број доктори како што беше случај со Хрватска, Србија, Црна Гора, Турција, Бугарија, Албанија. На крајот беше договорено XVIII конференција да се одржи во Виена, Австрија од 4 до 7 јули 2012 година. XIX во Лисабон- Португалија од 2 до 5 јули 2014 година, XX во Прага, Чешка 25 до 29 јули 2013 година. Втората Конференција на лекарите по семејна медицина на Југоисточна Европа ќе се одржи во Пловдив, Бугарија од 10 до 13 ноември 2011.

Прим. д-р Љубин Шукриев

Лекарски

Информативно-едукативно гласило на Македонското лекарско друштво

ВЕСНИК

Издавач:
Македонско лекарско друштво
ул. Даме Груев бр. 3
тел: (02)3162 577; (02)3239 804
e-mail: mld@unet.com.mk
WEB: www.mld.org.mk

Печати:
Графички Центар

За издавачот:
Проф. д-р Јован Тофоски

Издавачки совет:
Проф. д-р Живко Попов
Проф. д-р Љубе Глигоровски
Проф. д-р Весна Јаневска
Проф. д-р Дејан Докиќ
Проф. д-р Миленка Благоевска
Прим. д-р Илија Јованоски
Прим. д-р Данчо Балаловски
Прим. д-р Љубин Шукриев
Д-р Зора Димитриевска
М-р. д-р Боро Цонов

Главен уредник:
Проф. д-р Елизабета Србиновска-Костовска

Уредувачки одбор:
Доц. д-р Соња Геннадиева-Ставриќ
Доц. д-р Агрон Старова
М-р д-р Глигор Тофоски
Д-р Лидија Попоска
Прим. д-р Илир Љума
Проф. д-р Љупчо Николовски
Проф. д-р Ирена Кондова

Уредник:
Ана Брајовиќ Гапо

Консултант:
Јосиф Цочков

Компјутерска и графичка обработка:
Елена Димитрова

Техничка поддршка:
Весна Митревска и
Елизабета Колчаковска

29 СЕПТЕМВРИ, СВЕТСКИ ДЕН НА СРЦЕТО

ЕДЕН СВЕТ, ЕДЕН ДОМ, ЕДНО СРЦЕ



Годинашното мото на Светскиот ден на срцето, на Светската здравствена организација е „Еден свет, еден дом, едно срце“.

Светските лидери ја согледаа итноста за превенцијата и контролата на кардиоваскуларните заболувања, заедно со другите незаразни болести кои имаат епидемиски карактер, таканаречени **non – communicable diseases**, во кои покрај кардиоваскуларните заболувања влегуваат малигните заболувања, хроничните респираторни заболувања и дијабетесот. Се смета дека индивидуите во рамките на своите семејства, исто така, можат да влијаат на кардиоваскуларните заболувања запознавајќи се и борејќи се против факторите на ризик, преземајќи чекори за да се намали нивниот личен или фамилијарен ризик. Светската срцева федерација и нејзините придружни членови сметаат дека со промена на некои однесувања дома, прилагодувајќи го своето домашно однесување на препораките кои треба да се следат, можат да придонесат за подобрување на своето здравје, односно можат да придонесат за подолг и подобар живот преку подобра превенција и контрола на срцевите заболувања и мозочниот удар. Годинашната препорака е насочена на 4 акции во домот:

Забрането пушење дома - имплементирање на правила на однесување дома, казна за запалена цигара;

Користење здрава храна - подготовка

на здрав оброк кој ќе биде понесен на работа или на училиште. Користење на овошје наутро, барем три различни видови зеленчук за вечера;

Активен со воспоставување нови навики, како на пример помалку од 2 часа пред телевизор, организирање активности надвор од домот, возење велосипед, работа во дворот, пешачење место автомобил, секогаш кога тоа е можно;

Запознај го твојот број - посета на професионалци кои можат да го одредат крвниот притисок, холестеролот, шеќерот, обемот на струкот и телесниот маса индекс.

Минатогодишното мото беше насочено кон работното место, односно однесување на работното место, за зголемување на физичката активност и обврските на работодавецот за обезбедување простор за физичка активност.

Тоа значи дека на сите нивоа на живеење треба да се насочиме кон насоките за намалување на ризикот од кардиоваскуларни заболувања.

ЕВРОПСКИ КАРДИОЛОШКИ КОНГРЕС

ГРАНДИОЗЕН СОБИР
НА КАРДИОЛОЗИТЕ ОД СВЕТОТ

Од 27 до 31 август во Париз се одржа Европскиот кардиолошки конгрес на кој присуствуваа повеќе од 27.000 кардиолози, пред сè од европските држави, но и од целиот свет. Конгресните сесии се одвиваа паралелно во повеќе од 20 сали, во најразлични форми како сателитски симпозиуми, дебати, фокус интерактивни сесии, актуелни „hot“ сесии, средби со водичи на студии, средби со експерти, апстракт сесии, постер сесии и слично. Исто така, имаше и над 5.000 излагачи на современа апаратура, фармацевтски претставници и претставници на здруженија поврзани со кардиоваскуларните заболувања.

На Конгресот беа претставени најновите сознанија од кардиоваскуларната патологија, од базичната кардиологија, превенцијата, современата дијагностика, терапија, трендовите во интервентните процедури, катехоруршките интервенции, па сè до следење на пациентите и прогнозата. Презентираните

сознанија и резултати беа збогатени со обемна дискусија на крајот од сесиите, како и со многуте интерактивни сесии. Една од новите оваа година беше присуството на млади доктори кои се занимаваат со кардиологија, таканаречени „кардиолози на утрешнината“ со бесплатна котизација за присуство на Конгресот. Од нашата држава присуствуваа 14 млади доктори.

Проф. д-р Елизабета Србиновска

НАМАЛУВАЊЕ НА ДИОПТРИЈА
СО
EXCIMER LASER

Светски познатиот офталмолог
Д-р Бозкурт Шенер
за првпат кај нас:

**Закажување на прегледи
за сите заинтересирани
од 18 до 65 години**

**За сите детални информации:
Моб. 072 223 323**

Ре-Медика се грижи за вашето здравје!

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА
ЕДУКАЦИЈА

Организатор: Здружение на радиолози на Македонија

Тип на собир: Симпозиум

Време и место: 1-2.10.2011 Дојран

Тема: Радиолошка дијагноза на патологијата на саливарниот апарат и други

Предавачи: проф.д-р Михаил Груневски, прим.д-р Благоја Даскалов, проф.д-р Зоран Трајковски, д-р Сенчо Нетков, д-р Душко Михајлоски, д-р Маја Стојчевска Чапова

Контакт: д-р Илија Ковачевски, тел. 075/228 853

Организатор: Научно здружение на гастроентеропатолози на Македонија

Тип на собир: Стручен состанок

Време и место: 6.10.2011 Скопје

Тема: Црнодробна цироза и бременост, ХЦЦ

Предавачи: Проф. д-р Гордана Адамова, проф.д-р Викторија Чаловска Ивановска, проф.д-р Розалинда Попова Јовановска

Контакт: Проф. д-р Мирко Крстевски, 070/311 455

Организатор: Центар за семејна медицина, Медицински Факултет Скопје, Институт за јавно здравје на Македонија

Тип на собир: Работилница

Време и место: До крајот на 2011, Скопје

Тема: Обука за евиденција на насилство „Воспоставување систем за евиденција и следење на насилството и семејно насилство“

Предавачи: Проф.д-р Фимка Тозија

Контакт: Асс.д-р Блашко Касапинов, тел. 3125 044/108

Организатор: Здружение на офталмолози на РМ

Тип на собир: Стручен состанок

Време и место: 7.10.2011, Скопје

Тема: Здрав поглед на светот

Предавачи: проф.д-р Весна Димовска, проф.д-р Магдалена Антова Велевска

Контакт: проф. д-р Весна Димовска Јорданова, 070/370 379

Организатор: Здружение на лекарите по општа медицина ЗЛОМ

Тип на собир: Работилница

Време и место: До крајот на годинава, низ Републиката

Тема: Интеграција на менталното здравје во ПЗЗ

Предавачи: прим. д-р Катерина Ковачева, проф. д-р Антони Новотни, д-р Стојан Бајрактаров, д-р Елизабет Мицева Величковска

Контакт: д-р Катерина Ковачева, 02/2734 465



Доц. д-р Бистра Ангеловска,
Факултет за
медицински науки-
Универзитет „Гоце
Делчев“ Штип



Фундаментално значење за ефективниот здравствен менаџмент имаат познавањата на делови од социјалната медицина (социјална епидемиологија, медицинска социологија, медицинска демографија, проучување на здравствените потреби, здравствената култура со промоција на здравјето и други).

Постојат низа специфични тешкотии во процесот на изучувањето и практиката на здравствениот менаџмент:

Сложениот динамичен карактер на здравството е систем од отворено-затворен тип. Отворениот карактер на тој систем се изразува во директното присуство и учество на населението (пациентите) во здравствената услуга и нејзиното управување. Здравствениот менаџер се соочува не само со внатрешни проблеми на медицинскиот персонал, туку и со широк спектар на културни, воспитни, економски, политички, демографски и други проблеми.

Не е секогаш можно точно да се предвидат резултатите од здравствена услуга. Често тие резултати, позитивни или негативни, се временски оддалечени (на пример профилаксата на миокарден инфаркт или забен кариес). Често е невозможно да се квантифицираат (количински да се изразат) резултатите од здравствената дејност, на пример, подобрување на здравствената култура, квалитетот на животот на пациентот, моралните ефекти и друго.

Значителна е улогата на факторот случајност (епидемии, итни случаи и слично). Оттука е посебната важност на управувањето со здравството врз основа на статистички методи засновани на теоријата на веројатноста.

Чести неадекватни очекувања, барања и оценки на здравствената дејност од страна на јавното мислење, што ја намалува професионалната мотивација кај медицинските работници. На пример, високата смртност на доенчињата, инвалидноста, недостатокот на медицинска помош и друго неретко еднострано и неаргументирано се препишуваат на медицинските служби.

Традиционална е професионална – стручната одбивност на медицинските професионалци од раководните проблеми и организацијата на својот сопствен труд. Од позициите на таканаречената клиничка ароганција често се потценува или игнорира здравствениот менаџмент како посебна и самостојна професионална дејност и компетентност. Тие тенденции се засилуваат преку неадекватниот за современите потреби едукативен процес во медицинските факултети.

Системски модел на менаџмент на здравствената организација

Во најпрост вид на моделот за системски менаџмент ја претставува здравствената организација како систем во кој влезот (ресурси) преминува во исход (резултати), преку процесот на менаџмент, кој се разгледува како катализирачки процес преку кој се постигнуваат саканите резултати, односно целите на организацијата.

Ресурсите на здравствената организација доаѓаат од надворешната средина и се враќаат во неа како резултати.

Ресурсите на здравствената организација се разновидни. Еден универзален ресурс кој во многу случаи е потценет е ресурсот време. Во литературата за менаџмент на времето, во здравството се среќаваат сериозни расфрлања на тој важен ресурс и истовремено се истакнуваат резервите од непродуктивно време, што може и треба да помине во продуктивно, односно, строго ориентирано кон пациентот и квалитетот на здравствената услуга.

Пациентите може да се третираат како влезен ресурс на здравствената организација. Тоа е важно во принцип, бидејќи состојбата на тој ресурс (пациентите) директно влијае врз користењето на сите други ресурси. Тука се прашањата на здравствената култура и однесување на пациентите, нивниот однос кон здравјето и здравството и друго.

Недостатокот или недоволноста на едни ресурси може неповолно да влијае врз искористеноста на други и да ја намали ефективност на целата здравствена установа. На пример, недостигот од лекари по општа практика (семејни лекари) води кон крајно нерационално користење на услугите од бројни специјалисти специјализирани единици за рутинска

МЕНАЏИРАЊЕТО ВО ЈАВНИТЕ ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ (II)

МЕСТОТО И ЗАДАЧИТЕ НА МЕНАЏМЕНТОТ ВО ЗДРАВСТВОТО

здравствена услуга на пациентите, ја оптоварува неадекватно целата здравствена мрежа, води до дезорганизација и неоправдани расходи на скапи здравствени ресурси.

Ефективно раководно делување во здравството е можно само доколку здравствениот менаџер ја совлада вештината да ги анализира и регулира трите меѓусебно поврзани елементи: влез (ресурси), процес (преобразба) и исход (резултати).

Улогата на стратешкиот менаџмент

Во современите услови на здравствени реформи сè поизразито се чувствува дефицитот од глобално и долгорочно образложение на здравствено- политичките и законските решенија од широк стратешки аспект.

Стратешкиот менаџмент:

- се темели на систем од знаења за идното функционирање на здравствената установа, за приоритетите и принципите на промената. Тоа е подрачје на повисока творечка нестандартна дејност, што воедно е негов најголем дигнитет и тешкотија.

- не треба да се разгледува како технологија за добивање на специфични резултати. Тоа е повеќе филозофија и стил на управување, ориентиран кон неизвесноста и ризикот. Не се темели врз проста прогноза на здравствени-

те појави, туку ги бара тенденциите од клучна приоритетна важност за иднината.

- не проследува оптимализирање на постојното (и очекуваното), туку разработува визији, концепции и стратегии за справување со неочекуваното.

- е првостепена функција на високото раководство, кое балансира и ги интегрира разликите на локалните тесни интереси во заедничко функционирање на здравствената организација.

Искуствата на многу развиени земји покажуваат дека стратешкиот менаџмент води до надминување на субјективните и интуитивните приоди при организационите промени, до поефективно консолидирање на напорите на персоналот и до пореалистичко насочување на здравствената политика кон поставени цели.

Современи тенденции на здравствениот менаџмент

Најопшто во современите тенденции на здравствениот менаџмент може да се истакнат неколку тенденции:

- од практицизам кон научност - здравствениот менаџмент е неспорно посебна, утврдена и самостојна област на науката со свои теории;

- здравствениот менаџмент е самостојна професија во здравствената практика. Десетци универзитети во Европа едуцираат специјалисти во таа област, кои постигнуваат специфична компетентност и вештини и изградуваат свој сопствен професионален развој;

- здравствениот менаџмент како професија е широко интегративен. Се надминуваат едностраните гледишта во насока на чиста економија, чиста информатика и друго;

- се разграничуваат функциите и вештините на различни нивоа на управување. Сè поприоритетно место во општиот управувачки процес зазема стратешкиот менаџмент;

- напоредно со квантитативните анализи сè пошироко се користи и квалитативна анализа и оцена за целите на законските решенија;

- во процесот на управување сè пошироко се вовлекуваат клиничарите, откако ќе прифатат нови вештини и нови одговорности. Се надминува бариерата меѓу менаџерите и клиничарите.

Широк системски приод кон управувањето со ресурсите. Сè повеќе се бараат „внатрешни“ и „заборавени“ ресурси. Се зголемува одговорноста за искористување на ресурсите, а управувањето со нив се поставува во корелација со конкретните здравствени резултати.

Novalac



На секое дете му треба вистинскиот оброк!
А ние го имаме вистинскиот квалитет,
и Ви го препорачуваме!
Нашите деца го заслужуваат најдоброто!

Комплетна палета на иновативни
млечни формули со врвен квалитет

идеална исхрана.

Знаејќи дека мајчиното млеко е идеална хранлива комбинација на елементи неопходни за правилен раст и развој на новороденчето.

Но поради одредени причини некогаш мајката не е во состојба да даде доволна количина млеко или ги нема потребните хранливи состојки во млекото или воопшто неможе да го дои новороденчето од тие причини бебето има потреба од соодветна дохрана.

Нормално мајката во вакви случаи треба да се обрати кај својот матичен педијатар кој секако е првата линија која ќе помогне во правилниот избор за соодветната дохрана на бебето.

Педијатрите кои имаат долгогодишно искуство и кои го следат светскиот тренд знаат и ги препорачуваат млечните формули на светскиреномираната компанија за производство на млеко за новороденчиња NOVALAC.

Исто така треба да се напомене дека специјалните формули со кои што се единствени на нашиот пазар со својот докажан квалитет и фактот дека немаат несакани ефекти при примената кај бебињата ги издвојува од останатите производители и представува високо рангиран момент за нивна употреба кај бебињата.

Специјалните формули се користат при:

Грчеви кај доенчето(најчеста појава), NOVALAC AC

Запек кај доенчето, NOVALAC IT

Бљуцкање кај дончето NOVALAC AR

Преосетливост на протеини, на кравјо млеко, соја и интолеранција на лактоза (алергија) - NOVALAC ALLERNOVA

Мора да биде споменато и универзалната формула NOVALAC која што го има поистоветено составот на мајчиното млеко и ги содржи потребни белковини, масти, јагленхидарати, аминокиселини, витамини и минирали што му се потребни на доенчето за здра раст и развој.

Сите споменати млечни формули NOVALAC не содржат глутен и она што ги издвојува од другите производители на млечни формули е дека ова млеко се продава исклучително во аптеките и со тоа се потврдува дека ниванат високо медицинска етика.

NOVALAC е соодветна дохрана за нашите најмили.

Мајчиното мелко представува најдобра храна за доенчињата а млечните формули се употребуваат само по совет на стручни лица, од подрачјето на медицината фармацијата или прехраната вклучително и стручни лица кои се грижат за негата на мајката и доенчето.

М-р.Д-р. Ангелчо Андоновски



M E D I S

tel.: ++ 389 02 2786 400, tel./fax: ++ 389 02 2700 607
ul. Prvomajska bb - 1000 Skopje, Republic of Macedonia

„По повод педијатрискиот конгрес што ќе се одржи во Охрид од 05.10 – 09.10.2011. Ве покануваме да бидете гости на штандот на Медис-Фармас, кој ќе биде полн со изненадувања.“

ДАЛИ ОКОЛИНАТА Е ПОГОЛЕМ РИЗИК-ФАКТОР ОД ГЕНЕТИКАТА КАЈ АУТИЗМОТ?

Околината може да има поголема улога при развојот на аутизмот отколку генетиката, покажаа резултатите од најновата студија со близнаци.

Истражувачите во студијата изјавуваат дека, иако генетиката е важна, има помало значење од оној што и се придавал досега, врз основа на резултатите од претходните студии за аутизам. Затоа е битно клиничарите да разберат дека и двата фактора играат улога и дека е битно да се разберат интеракцијата меѓу овие два фактора.

Според истражувачите, преваленцата на аутизмот расте од 4 до 5 на 10.000 во шесеттите години до сегашната преваленца од речиси 40 на 10.000.

Ако ова зголемување на преваленцата е реално, сè уште не се знае дали е тоа поради подобра детекција на аутизмот, поради промена на дефиницијата за тоа што е аутизам или поради други фактори.

Претходните истражувања укажаа дека кај монозиготните близнаци има голема наследност на аутизмот, што не е случај кај дизиготните близнаци.

За оваа анализа тие ги евалуирале податоците од California Department of Developmental Services на 192 парови на близнаци во периодот меѓу 1987-2004 година, од кои барем еден имал аутизам. Вкупно 54 парови биле монозиготи, од кои 83% машки, а 138 биле



дизиготи (32,5% машки близнаци, 9,5% женски близнаци и 58% мешани близнаци).

Сите учесници биле анализирани преку употребата на дијагностички прашалник за аутизам (Autism Diagnostic Interview-Revised ADI-R), кој им се давал на родителите и преку дијагностичка шема за набљудување (Autism Diagnostic Observation Schedule -ADOS) на децата.

Вербалните и невербалните способности биле анализирани преку употребата на Станфорд-Бинет скалите за интелигенција, 5-то издание (Stanford-Binet Intelligence Scales, 5th edition).

Врз основа на критериумите од ADI-R и ADOS биле дефинирани 2 дијагностички групи, стриктен аутизам (n = 143) и аутизам во поширока смисла (во која група била вклучени сите учесници).

Резултатите покажале дека стапката на наследност на стриктниот аутизам е слична и кај машките и кај женските парови близнаци.

Во California Autism Twins Study истражувачите заклучиле дека пренаталните и раните постнатални фактори од околината може да се одговорни за околу 55% од случаите на аутизам, споредено со генетската предиспозиција која е одговорна за околу 37% од слу-

чаите.

Меѓу фактори од околината кои можат да влијаат на појавата на аутизам ги спомнале возраста на родителите, инфекции кај мајката во текот на бременоста и ниската родилна тежина.

Но, спротивно на ова, во една неодамнешна метаанализа објавена во *Medscape Medical News*, истражувачите заклучиле дека „нема доволно докази за постоење на перинатални и неонатални ризик-фактори за појава на ова нарушување“. Поради тоа се потребни натамошни истражувања.

D-r Wiznitzer од American Academy of Pediatrics потенцираа дека неколку постари студии со близнаци укажаа на „многу силно генетско влијание, и дека само оваа нова студија укажува на „само 20% совпаѓање кај дизиготните близнаци“.

Факторите на околината што се наведени во студијата се фактори за кои се знае отсекогаш. Таков фактор е возраста на родителите. Кај постари сперматозоиди и постари јајце клетка поголема е веројатноста за настапување на генетски мутации.

И другите наброени фактори на ризик се добро познати, како влијание на токсините врз фетусот или пак влијанието на предвременото раѓање врз развојот на мозокот на детето.

Можеби е побитно да се постави прашањето „како факторите на околината влијаат врз генетската структура на детето и на тој начин до аутизам?“, заклучува D-r Wiznitzer.

July 4 in the Archives of General Psychiatry

ПОВРЕДИТЕ НА МОЗОКОТ ГО ДУПИРААТ РИЗИКОТ ЗА ПОЈАВА НА ДЕМЕНЦИЈА

Травматските повреди на мозокот, без разлика дали се лесни, умерени или тешки, се поврзуваат со двојно зголемување на ризикот за деменција.

Во рамките на Alzheimer's Association International Conference (AAIC) 2011 беа објавени резултатите од една голема, ретроспективна, кохортна студија кај постари ветерани. Резултатите од оваа студија покажаа дека лицата со повреди на мозокот од кој било тип, за период од 7 години имаат двојно поголем ризик за развој на деменција.

Овие наоди сугерираат дека повредите на мозокот се предиспозиција за порана манифестација на деменцијата и даваат надеж дека третманот и рехабилитацијата кај пациенти со повреди на мозокот може да бидат значајни во превенцијата од рана појава на деменција.

Врската помеѓу повредите на мозокот и деменцијата досега беше контроверзна. Некои студии сугерираат дека поврзаност постои, други ја негираа оваа поврзаност.

Студијата вклучила 281.540 ветерани од САД, постари од 55 години, кои имале барем една посета на медицинска установа (во амбуланта или како лежечки пациент) во почетниот период на студијата од 1997 до 2000

година, како и во периодот на следење од 2001 до 2007 година. На почетокот ниту еден од испитаниците немал деменција.

Вкупно 4.902 (1,7%) имале повреда на мозокот. Просечната возраст била 67 години, а само 4% биле жени.

Најчеста повреда била интракранијалната повреда на која отпаѓаат 40% од случаите, неспецифични повреди на главата (34%), потрес на мозокот (15%), фрактури на черепот (5%) и слично.

Ризикот за деменција е двојно поголем кај пациентите со повреди на мозокот споредено со оние без повреда на мозокот (15% наспроти 7%).

Поврзаноста била слична за сите типови на повреди на мозокот, независно од присуството на други коморбидитети и психијатриски состојби, како пострауматското нарушување, кое во една друга студија се покажа како независен фактор на ризик за развој на деменција.

Се претпоставуваат неколку механизми за ваквата поврзаност. Најверојатниот механизам е дека повредите на мозокот предизвикуваат дифузно оштетување на аксоните или едем на аксоните, кои ги поврзуваат меѓусебно нервните клетки, со што се нарушу-



ва комуникацијата помеѓу нив.

Можна е дегенерација на аксоните, дури и по една повреда, што може да доведе до порана манифестација на симптомите. Други претпоставени механизми се перзистентна инфламација или цитоскелетни патолошки промени.

Поради ваквата поврзаност помеѓу повредите на мозокот и деменцијата, лицата кои имале повреда на главата треба да се следат внимателно посебно знаците на деменција и други когнитивни нарушувања. Од друга страна, треба да се преземаат превентивни мерки за намалување на повредите на главата.

Alzheimer's Association International Conference (AAIC). P2-117. Presented July 18, 2011

НЕСТЕРОИДНИ АНТИИНФЛАМАТОРНИ ЛЕКОВИ КАЈ ПОВОЗРАСНИ ЛИЦА СО ХИПЕРТЕНЗИЈА ДОВЕДУВА ДО ЗГОЛЕМЕН КАРДИОВАСКУЛАРЕН РИЗИК

Хроничната употреба на нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) кај постари пациенти со хипертензија (НТА) и коронарна артериска болест (КАБ) води до зголемување на морталитетот и морбидитетот од миокарден инфаркт и мозочен удар.

Во студија објавена во американското списание за медицина, INVEST (International Verapamil Trandolapril Study), биле вклучени 22.576 пациенти со ХТА и КАБ. Пациентите давале податоци за употребата на НСАИЛ на почетокот на студијата, како и на контролните прегледи кои се правеле секои шест недели во текот на првите 6 месеци од студијата, а потоа 2 пати годишно.

Пациентите кои дале податок за употреба на НСАИЛ на почетокот на студијата, како и на контролните прегледи биле дефинирани како пациенти на хронична терапија со НСАИЛ. Пациентите кои воопшто не земале НСАИЛ или употребувале вакви лекови само на некои од контролните прегледи биле означени како пациенти кои не се на хронична терапија со НСАИЛ.

Во студијата имало 882 пациенти на хронична терапија со НСАИЛ со просечна возраст 65,3 години и 21.694 пациенти кои не биле на хронична терапија со НСАИЛ со просечна возраст 66,1 години, од кои 14.408 никогаш не користеле НСАИЛ и 7.886 само интермитентно користеле НСАИЛ.

Во анализата се имале предвид и основните карактеристики на пациентите вклучувајќи ја возраста, расата или етничката припадност, индексот на телесна маса и слично.

Заклучокот бил дека пациентите на хронична терапија со НСАИЛ имаат за 47% поголем ризик за кардиоваскуларно случување (годишно 4.4 настани на 100 пациенти, наспроти 3,7 настани на 100 пациенти, P=0.0003). Кардиоваскуларниот морталитет бил 2,26 пати поголем кај пациентите кои хронично употребувале НСАИЛ.

Поради тоа, во заклучокот се препорачуваат алтернативни начини за намалување и ослободување од болката.

Am J Med 2011; 124: 614-620

БЕЗБОЛНА, МОТОРНА ДИЈАБЕТИЧНА НЕВРОПАТИЈА



Дијабетесот типично предизвикува симетрична, дистална, доминантно сензорна невропатија. Многу поретка состојба е дијабетска амиотрофија, често асиметрична, релативно акутна, болна невропатија што се манифестира со мускулна слабост во долните екстремитети.

Оваа состојба исто се нарекува дијабетична, лумбосакрална, радикулоплексусна невропатија (ДЛРПН) и се мисли дека е последица на микроваскуларни оштетувања на корените на нервите и на самите пери-

ферни нерви.

Истражувачите од клиниката Мајо презентираа 23 пациенти (22 пациенти со дијабетес тип 2), кои имаа безболна варијанта на ова нарушување и го нарекоа „безболна дијабетична моторна невропатија“.

Просечното траење на дијабетесот било 5 години. Во 7 случаи невролошката презентација коиндицирала временски со првичното поставување на дијагнозата на дијабетесот. Гликемиската контрола била општо земено одлична. Повеќето пациенти имале загуба на телесна тежина со еволуција на болеста.

Најчеста презентација била субакутна, билатерална слабост на мускулите на стапалото, подоцна со зафаќање и на проксималните мускули на ногата. Горните екстремитети биле помалку засегнати. Почетокот бил унилатерален во една третина од случаите, а најчесто подоцна биле зафатени и двата екстремитета.

Спротивно на ова, дијабетичната, лум-

босакрална, радикулоплексусна невропатија (ДЛРПН) најчесто се манифестира унилатерално, со побрза еволуција, и почесто се зафатени проксималните, во однос на дисталните мускули на ногата.

Врз основа на биопсијата на нервите, кондукционите испитувања на нервите, електромиографијата и клиничките карактеристики, авторите заклучиле дека безболната, дијабетична, моторна невропатија е варијанта од болната дијабетична, лумбосакрална, радикулоплексусна невропатија (ДЛРПН), а не е одделен ентитет.

Коментар: Иако само мал дел од пациентите развиваат дијабетична, моторна невропатија, поради тоа што дијабетесот е многу чест, голема е веројатноста лекарот во својата работа да се сретне со вакви случаи. Кај повеќето пациенти се јавува постепено подобрување на состојбата.

Published in Journal Watch General Medicine July 12, 2011

Пациентите со неситноклеточен карцином на бели дробови - НСККБК без активни ЕГФР мутации имаат корист од Тарцева



Тарцева е единствена орална терапија одобрена како терапија на одржување и втора линија на третман кај пациенти со НСККБК* независно од ЕГФР статусот

* неситноклеточен карцином на бели дробови - НСККБК

 **Tarceva**
erlotinib

Моќ за продолжување на преживувањето



КОМПЛЕТНА УСЛУГА ЗА ТРИ ЕВРА МЕСЕЧНО

Со дополнително осигурување во износ од 2,5 до 3,5 евра месечно, покрај придонесите за здравство кои вработените веќе ги издвојуваат, граѓаните на Црна Гора ќе добиваат бесплатни здравствени услуги од таканаречениот задолжителен пакет. Ова го предвидува нацртот за измените и дополнувањата на Законот за здравствено осигурување, кој деновиве беше ставен на јавна расправа.

- Благодарејќи им на непотполните информации кои одделни медиуми ги пласираа изминатите денови, се создаде паника и незадоволство меѓу граѓаните кои разбрале дека во иднина ќе плаќаат 20 отсто од цената за одредена здравствена услуга. Тие со месечното издвојување на износ од 2,5 до 3,5 евра, кои ќе се утврдат со подзаконски акти и ќе биде еднаков за сите, ќе овозможат да ги осигуруваат, комплетна здравствена заштита на сите нивоа, - соопшти помошничката на ресорниот министер за здравство, Горица Савовиќ, објаснувајќи дека дополнителното здравствено осигурување е еден вид лично учество на осигуреникот во покривањето на трошоците за лекување...

Таа потенцираше дека со измените во законот се укинува плаќањето на партиципацијата за дадена услуга на сите нивоа на здравствената заштита, затоа што тоа ќе биде покриено со дополнителното осигурување.

Црна Гора, како социјално ориентирано општество, низ системот на задолжителното здравствено осигурување обезбедувала по пат на придонес на лекување, по принципот на еднаквост, солидарност и сеопфатност. Меѓутоа, со експанзивниот развој на високите медицински и фармацевтски технологии, како и стареењето на населението, барањата за здравствени услуги се зголемуваат. Тоа предизвика голем притисок на здравствените системи кои мораат да го најдат системот на финансиско опстојување, а на целото население да му дадат еднаква и достапна здравствена заштита под исти услови.

- Многу земји почнуваат да работат на намалување на пакетот на услугите, кое за нас не беше решение, затоа што на таков начин долгорочно би го загрозиле здравјето на населението. Целта на овој законски документ е да се зголеми средното осигурување. Со дополнителното осигурување граѓаните ќе учествуваат во трошоците на лекувањето затоа што со тој скроман износ се ослободени од плаќањето на разликата на цената меѓу здравствената услуга која ја плаќа Фондот, а тоа е 80 % и реалната цена на таа услуга, - истакна помошничката на министерот за здравство.

Осигуреникот, како што вели таа, не мора да се согласи на дополнителното осигурување, но во тој случај би морал да плати 20 отсто од цената на здравствената услуга. Затоа таа очекува дека граѓаните ќе разберат дека е подобро да уплатат најмногу 3,5 евра за дополнителното осигурување и со тоа да го спречат ризикот од плаќање на поголеми трошоци за лекување, во висина од 20 отсто.

Според процените на Министерството и Фондот, треба дополнително да се осигурат околу 250.000 граѓани, што на годишно ниво ќе создаде стабилен и сигурен извор на финансирање од околу десет милиони, благодарение на кој не само што на ова ниво ќе се одржи здравствената заштита, туку таа ќе се унапредува, со оглед дека здравствениот систем од партиципација годишно добиваше околу



Со Нацрт-законот се воведува дополнително осигурување, со кој граѓаните се заштитуваат од ризикот да ги плаќаат трошоците од делот за разликата во цената. Тие со месечно издвојување на износ од 2,5 до 3,5 евра, кои ќе се утврдат со подзаконски акт и ќе биде еднаков за сите, ќе имаат комплетно лекување за себе и членовите на своите семејства кои ги осигуруваат

милион евра. Вака конципираниот закон, како што истакна Савовиќ, ја задржа социјалната компонента, оптоварувајќи го работно активното население, и задржувајќи го принципот на солидарност. Со измените и дополненијата на законот е прецизирано дека одредени категории на населението се ослободени од дополнителното осигурување и дека за нив сите здравствени услуги се бесплатни.

- Дури 348.000 граѓани на Црна Гора се ослободени од дополнителното осигурување. Тоа се лицата постара од 65 години, корисници на социјално-заштитните права со членовите на нивните семејства, пензионерите со најмалски приходи, децата до 18 години, невработените лица евидентирани во Агенцијата за вработување, потоа крводарителите кои најмалку десет пати доброволно дале крв, донорите на ткива и орган, како и борците, воените инвалиди, цивилните работни инвалиди и членовите на нивните семејства и корисниците на паричен надомест за материјално обезбедување на борците, - рече Савовиќ.

Таа објасни дека доброволното здравствено осигурување, кое го спроведуваат осигурителните компании, нема ништо заедничко со дополнителното осигурување, затоа што не е поврзано за задолжителното здравствено осигурување. Овие две осигурувања, како што вели, се спроведуваат независно едно од друго. Според зборовите на Ангелка Бабиќ од Фондот за здравствено осигурување, суштината е да се опфатат сите осигуреници на задолжителното осигурување, за да ја потпишат полисата, односно договорот со Фондот, кој заедно со задолжителното осигурување комплетно ќе ги покрие трошоците за сите услуги што се во пакетот пропишан со Законот за задолжително здравствено осигурување.

-Тоа е широк пакет на услуги, сигурно најширок во регионот, затоа што ги опфаќа здравствените услуги на сите три нивоа, здравствена заштита, правата на помагала и лекови. Подразбира и лекување во странство, дури и трансплантација на органи и ткива. Доколку осигуреникот од задолжителното осигурување не ја потпише полисата за дополнителното осигурување, во случај да дојде до потреба за здравствена услуга која задолжителното осигурување ја покрива 80 отсто, тој ќе мора да ја

доплати разликата до полната цена.

Со дополнителното осигурување е покриено болничкото лекување, интензивната нега, прегледите, дијагностиката и лекување во специјалистички амбуланти на секундарното и терцијарното ниво на здравствената заштита, како и надвор од Црна Гора. Исто така, опфатено е и домашното лекување на хроничните состојби, постапки кај земања и пресадувања делови од човечкото тело, третман во дневни болници, медицинска рехабилитација во специјализирани установи, прегледи и лекување на болестите на устата и забите пред операција на срце, трансплантација на органите и предоперативен третман кај малигните заболувања.

На почетокот од јавната расправа соопштено е дека по усвојување на овој документ, неговата примена се очекува по една година, колку е потребно да се обезбедат сите технички и други услови.

На осигурениците им се обезбедуваат ус-

луги во полн износ од средствата на задолжителното осигурување за превентивните мерки и раното откривање на болестите, прегледите, дијагностиката и лекување во примарната здравствена заштита, задолжителна вакцинација според програмата, превенцијата на болестите на устата и забите за деца до 18 години.


Задолжителното осигурување не е потребно ниту за следење на бремените жени и породувањето, лекувањето на ментално болните лица и оние со пречки во развојот, слепите и глувонемите, како ни за прегледи, дијагностика и лекување, лекови, медицинско технички помагала и трансплантација на ткива и органи за деца до 18 години и учениците и студентите до крајот на школувањето, а најдоцна до 26-годишна возраст.

Задолжителното осигурување ги покрива и трошоците за сместување и исхрана на придружното лице на дете до пет години, во болница или во установа за специјализирана рехабилитација, прегледите, дијагностиката и лекување во секундарното и терцијарното ниво на здравствена заштита, медицински дел на специјализирана рехабилитација, домашно лекување кај хроничните состојби и домашна физиотерапија и лековите за заболението од ХИВ и заразни болести, малигните заболувања, хемофилија, шеќерни заболувања, цистичните фибрози, психози, епилепсија, мултипла склероза, мускулна дистрофија, церебрална парализа, пареплегија и квадоплегија, хронична бубрежна иснуфициенција (дијализа), ревматскиот артрит и системскиот лупус.

Забележувајќи што во изработката на текстот на законот не учествуваа социјалните партнери, претседателот на Унијата на слободните синдикати, Срџа Кековиќ, изрази сомнеж дека се работи за измама на граѓаните.

- Сега кажувате дека износот за дополнителното осигурување ќе биде околу 3 евра, а што ќе биде за половина година, - праша Кековиќ. Тој истакна дека тоа го оптоварува скромниот буџет на најголемиот дел од граѓаните и дополнителното осигурување може да биде само уште еден намет на џебот на семејните буџети на црногорските граѓани.


„Побједа“



COUPET®
rosuvastatin

БРЗ . МОЌЕН . БЕЗБЕДЕН

За подетални информации обратете се во
Лек Скопје или на телефон 02 2 550 800

 член на компанијата Sandoz

СРБИЈА СТИГНАА ЕЛЕКТРОНСКИТЕ КАРТИЧКИ



Републичкиот завод за здравствено осигурување (РЗЗО) неодамна распиша тендер за избор на сертификационо тело и систем за управување со процесот на издавање

на електронски картички за здравствено осигурување со одржување, а јавната набавка е отворена до крајот на септември.

Според претходните најави, воведувањето на електронските здравствени легитимации ќе овозможи брз и полесен преглед кај лекар и подигање лекови во аптеките без досегашните административни процедури. Чекањето во редици на шалтерите ќе биде заменето со автомати кои ќе наликуваат на банкомати во кои граѓаните ќе можат да ги заверуваат здравствените легитимации. Автоматите ќе бидат поставени во сите филијали на Републичкиот завод за здравствено осигурување, како и во болниците, каде што пациентите ќе можат да проверат дали работодавецот им го уплатил придонесот.

„Твој портал“



ХРВАТСКА

БУНТ НА ПРИВАТНИТЕ ЛЕКАРИ : „ЌЕ ПЛАЌАМЕ НАДОМЕСТ ЗАТОА ШТО ЛЕКУВАМЕ ЛУЃЕ“



Владата го намали оптоварувањето на малите и средните претприемачи, - вели министерот Попијач. Јас на тоа одговарам: да, место да го намалевте за две липи, товарот го префрливте на ординациите на примарната здравствена заштита. Ние приватните лекари сме доведени во ситуација: земи или остави. За нашето право да лекуваме луѓе мораме на општината да и плаќаме конциски надомест од 1.250 куни месечно. Тоа е 15 илјади куни годишно или 150 илјади ку-

ни за десет години, колку ќе се издвојува за концесиите. Велат дека тоа е наместо киријата во Здравствен дом, но што е со приватните лекарски ординации, кои се во сопствен простор, а покрај сите давачки го плаќаат и овој надомест? Тоа го вели д-р Анита Шимац Рако, лекар од Сињ, која за овој проблем зборуваше на конференцијата за медиумите на Општинската организација на ХСЛС Сплитско- далматинската организација, со која таа претседава. Лекарите од примарната здравствена заштита, истакнува таа, се доведени во трагична позиција затоа што ако не го потпишат договорот за концесија, го губат правото за договор со Заводот за здравствено осигурување на Хрватска. Изнајмување на просторот во Здравствениот дом, по цена од 1.250 куни, претворен е во конциски надомест, а толку треба да плаќаат и семејните лекари, стоматолозите, гинеколозите и педијатрите кои со сопствени пари или со кредити ги купија и опремуваа своите ординации или на други сопственици им плаќаат кирија за издадениот простор. Воведувањето на концесијата во јавното здравство е приказна за рубриката „Верувале или не“, вели д-р Марија Клариќ, специјалист по семејна медицина од Трогир, претседател на Единицата за координација на хрватската семејна медицина (КОХОМ) за Сплитско- далматинската општина

и член на Комисијата за координација за примарна здравствена заштита во рамки на Хрватската лекарска комора.

- Повеќе од 1.000 ординации во Хрватска се во оваа дискриминаторска положба, од кои 350 од семејната медицина. Тоа го нема никаде и кога Министерството за здравство ја донесе одлуката, сите бевме згрозени- заборавајќи дека постојат лекари и надвор од здравствените домови. Укажувавме на тој проблем, за една година одржавме многу состаноци на таа тема, но се помина. Јас неодамна ги уплатив првите две рати, а моите колеги од северниот дел на земјава тоа го направија пред неколку месеци, -вели д-р Клариќ.

Таа додава дека наемнината за ординациите во Здравствениот дом требаше да останат кирии, а концесијата за сите, ако веќе била неопходна, можела да биде симболична. За тоа таа зборувала во Сплитско- далматинската општина, но таму добила одговор: „Зошто би се откажале од два милиона куни годишно? Поради „арачот“ на примарната здравствена заштита, Здружението на приватните работодавци во здравството поднесе тужба до Уставниот суд, а за неа наскоро ќе разговараат и другите институционални здруженија.

LJUBICA VUKO

25 MAJ

Народен фронт 3-3/6, 1000 Скопје
Тел.: 02 31 25 336, Факс: 02 31 26 433
Моб.: 070 204 730
e-mail: ficosule@yahoo.com

Умнаша глава знае,
... дека за усиешен
деловен ден
појтребни ни се нозе

ОВЛАСТЕН ЗАСТАПНИК

KOPITARNA
SINCE 1898 ZAGREB

ИЗРАЕЛ

ПОВЕЌЕ ШТРАЈКОВИ НА ДОКТОРИТЕ

Почнувајќи од 5 април докторите во Израел учествуваат во серија штрајкови како протест поради влошување на состојбите и недостиг од персонал во јавните болници.

Израел имаше 3,36 доктори на 1.000 жители во 2010 година, но оваа бројка се предвидува да падне на 3,09 на 1.000 жители во 2015 и 2,69 на 1.000 во 2025 година. Штрајковите се последно средство по неуспешните осуммесечни преговори со израелската влада. За време на штрајковите, јавните болници со прекини работеа во сабота (со редуциран распоред). Дури и за време на штрајкот, пре-

говорите меѓу израелското Министерство за финансии кое ја планира и имплементира владината економска политика, и Израелското лекарско друштво (ИМА)- независна и неполитичка организација која ги претставува лекарите во Израел, резултирале со мал напредок. Барањата на ИМА за реформи во здравствениот систем вклучува и 50 % покачување на саатнина за докторите во јавниот сектор, како и бонуси за оние коишто работат во подалечните и недоволно покриени региони каде што очекуваниот животен век (life expectancy) е пократок и во подрачја каде

што нема доволно специјалности.

Тие, исто така, бараат подобрување на работните услови, зголемување на времето определено за еден пациент од 10 на 12 до 15 минути и отворање на 1.000 работни места за доктори.

Леонид Еиделман, претседател на ИМА и анестезиолог, почна штрајк со глад на 25 јули 2010 пред канцеларијата на Бенџамин Нетанјаху за да го убеди премиерот да интервенира. На 3 август, Еиделман го заврши штрајкот со глад откако се постигна напредок во преговорите помеѓу ИМА и Министерството за финансии.

ИМА на 14 август реши да го продолжи штрајкот поради несогласувањата дека лека-

рите треба да се отчукуваат на влез и излез на работното место, и специјализантите кои бараа државните болници да понудат служби кои се покриени со дополнителни осигурителни програми од здравствените установи. Некои специјализанти и специјалисти дадоа оставки поради отсуство на напредок на преговорите и нивните оставки ќе стапат на сила од септември. И покрај тоа што беше редовно информиран за преговорите, премиерот кој во исто време е и министер за здравство, очигледно е неподготвен да интервенира и да влијае на прекинување на штрајкот.

*The Lancet, Volume 378,
Issue 9792 str. 638, 20.8.2011*

ApiSept

» **Што содржи?**
35 мг прополис екстракт на жалфија, нане и матичњак

» **Како делува?**
•Ефикасен кај настинки и воспаленија на горните дишни органи
•За доста кратко време ги ублажува сите иритации на грлото (сува кашлица кај пушачи, асмастична кашлица и сл.)
•Најдобра превентива во борбата против вирусните инфекции, како и инфекции со E.coli, Candida albicans, streptokoki и stafilokoki, лабораториски потврдено
•Се препорачува за отстранување на афти, стопирање на парадентоза и гингивитис

Herba Optima

Диететски производ со прополис и лековити билки

» **Што содржи?**
Екстрахиран прополис, пчелин восок и полен во етанолан раствор на валеријана и плодови на морача.

» **Како делува?**
•Диететски производ за дополнување на диететскиот режим за смирување на нервиот систем.
•Делува психосоматски, ја урамнотужува работата на целиот организам, па и на метаболизмот, со што се заокружува бараниот статус на производот.

» **Дозирање?**
Дозирањето е индивидуално и се движи од 10-30 капки, најмногу два пати дневно.

» **Начин на употреба?**
Во чаша се става малку вода, се капнува од препаратот, се додава вода во чашата и се пие. Се користи во континуитет наутро, пред дневните активности и навечер пред спиење. Особено се препорачува земање на препаратот еден час пред однапред проценета стресна ситуација.

ProHerbis

» **Што содржи?**
Фармацевски пречиштен прополис жалфија, гавез, камилица и слаток корен

» **Како делува?**
•Повеќекратно докажан во намалување и неутрализирање на тегобите настанати како последица на чир и гастритис, јаки стомачни киселини, лошо варење и нередовна столица, инфекции на урогенитални-от тракт
•Ја регенерира слузницата на желудникот и цревата, намалување на воспаленија и болки
•Намалување на пропустливоста на желудникот и цревата за штетни материји (значаен кај Кронава болест)
•100 % ефикасен кај инфекции со Helicobacter pylori лабораториски потврдено

Klio

» **Што содржи?**
Клици на махунарки (соја, леќа, наут, азуки и мунг) во раствор од јаболкова киселина, морска сол и лековити билки

» **Како делува?**
•Потполн оброк (богат со фитоестрогени - природни "кочници" на малигни процеси) идеален за подобрување на метаболизмот и регулирање на телесната тежина
•Природно го регулира холестеролот, триглицеридите и нивото на шеќери во крвта
•Препорачана исхрана во текот на терапијата со цитостатици и зрачење
•Висока нутритивна вредност (исхрана на деца, спортисти, трудници, доилки, ревалесценти и неухранети особи)

Деца преку две години старост можат да ги конзумираат производите по истиот диететски режим како и возрасните. Производите не се исклучуваат со медицинска терапија. Побарајте совет во Златна Пчела, стручниот тим со задоволство ќе одговори на сите ваши прашања и ќе Ви помогне во изборот на најдоброто.

Сертификатите за здравствената исправност и безбедноста на производите, правната заштита како и лабораториските и клиничките испитувања на производите можете да ги добиете на увид во Златна Пчела.

10 ПРОИЗВОДИ за совршено здравје

Златна Пчела ДОО
ТЦ Аерокарпија 8/4, Карпош 3, 1000 Скопје
Тел.: 02 / 3062 609
www.zlatnapcela.com.mk info@zlatnapcela.com.mk

PROTEHNA
D.O.O., Beograd
www.protehna.com.mk

ХРВАТСКА

ВО СИЛА ИЗМЕНЕТЕ НА ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ПОРАДИ „ЕВРОПСКОТО РАБОТНО ВРЕМЕ“ ЌЕ ЕСКАЛИРА ПРОБЛЕМОТ НА НЕДОСТИГОТ ОД ЛЕКАРИ

Според измените на Законот работен ден на лекарите со дежурствата не може да биде подолг од 48 часа. Исклучително лекарот може повеќе да работи, со писмена согласност, но без притисок. Но, некои директори уценуваат: ако лекарите не потпишат согласност- им ја укинуваат дозволата за дополнителна работа кај друг работодавец.

Малку повеќе од еден месец во сила се измените на Законот за здравствена заштита со кои, во согласност со директивата на Европската комисија, се утврдува работата на лекарите на дежурство, приватните прегледи и работа по повик. Битна новина е дека вкупниот работен ден, вклучувајќи ги дежурствата и работа на повик, не може да биде подолг од 48 часа, 40 редовна работа и едно осумчасовно дежурство. Со исклучок, може да се работи и повеќе со писмена дозвола, на што работодавецот не може да ги присилува вработените. Прашање е како тоа ќе се одрази на функционирањето на болниците кои деноноќно работат, како и на целиот здравствен систем во кој има недостиг од 3.000 лекари? Дали одредбата за 48-часовен работен ден воопшто може да се спроведе?

Во Клиничката болница „Дубрава“ во Загреб работат по старо и веруваат дека лекарите, кои заради природата на работата не можат да престанат да работат по 48 одработени часови, ќе ја потпишат согласноста. Ниту во Клиничката болница Свети Дух, како што дознаваме, проблеми засега нема, сметаат дека ќе биде мал бројот на оние кои ќе одбијат да го стават потписот на согласноста за прекувремената работа, затоа што тоа значи и за половина пониска плата. Секој лекар во болница – освен повозрасните кои се пред пензионирање, оние со мали деца или оние кои поради некоја болест не можат да работат повеќе од редовното работно време или пак имаат обврски кај друг работодавач- просечно дежураат пет- шест пати месечно што речиси му го удвојуваат приходот. На пример, на специјалист со 10 години просечната плата од 8.500 кунџи, се зголемува до 14.000. Но, поради недостиг од лекари, особено кога има потреба од замени во текот на годишните одмори или боледувања, се дежура и од 10 до 12 пати месечно што е исклучително исцрпувачко поради што се доведува во прашање и потребната концентracија и квалитетот на работата.

Деновите конечно беше објавена очекуваната одлука за начинот на плаќање на прекувремените работни часови, што на директорите би требало да им помогне во организација на работата на службата, односно треба да ги убедат лекарите да работат прекувременно. Лекарската комора е заstrupана со прашања околу потпишување на согласноста.

И со повеќе од пет дежурства месечно, платата влегува во повисока даночна ставка, со што се отвора прашање дали се исплатува да се работи од утро до вечер за малку повеќе пари. Прашање е и дали ќе има пари за толку прекувремени часови, затоа што според една процена, трошоците ќе се зголемат најмалку една четвртина. Според зборовите на Хрвое Миниго, претседател на Хрватската лекарска комора, добиено е ветување дека цената на прекувремените часови ќе биде повисока.

Владата за годинава беше должна на здравството да му обезбеди дополнителни 314 милиони, како и 750 милиони кунџи за идната година. По со европските директиви, парите за дежурства и работа на повик, како и надоместокот за приправност со оваа и следните две години, обезбедени се со пресметките на болниците и другите здравствени установи, - се вели во одговорот на Министерството за здравство. Тоа значи дека оваа година не треба се обезбедат дополнителните 314 милиони, а дека во идната, место 750 милиони ќе требаат десет пати помалку- 75 милиони. Место 750 милиони по претходното законско решение, во 2013 година ќе треба дополнително да се најдат 203 милиони.

»Сега ќе се почувствува и проблемот на недостиг од лекари, за што одамна предупредуваме«, тврди Миниго. Ќе има проблеми, предупредува тој, со организација на службата.

Миниго потсетува дека директивата »48« е донесена поради квалитетот на здравствената заштита и заштитата на лекарите кои, исто како и професионалните возачи не би смееле да ”возат” подолго отколку што е пропишано. Кој ќе



БАБИЌ: ОСЛОБОДУВАЊЕ НА ЛЕКАРИТЕ ОД ПРИСИЛНА РАБОТА

»Лекарите не мораат да работат повеќе од 48 часа и заштитени се сите кои тоа не го сакаат«, објаснува Ивица Бабиќ, претседател на Хрватскиот синдикат на лекарите. На прашањето одредбата за 48-часовен работен ден ќе се рефлектира на функционирањето на здравствениот систем, Бабиќ потсетува дека уште пред пет години опменувахе на можни последици ако проблемите не почнат системски да се решаваат. Покрај недоволниот број лекари, претседателот на синдикатот со години укажува на несоодветно распределување на медицинскиот персонал и на платите што не мотивираат. Неговиот синдикат ќе влиае и врз одлуката на министерот за начинот на плаќањето на прекувремените часови, зависно од тоа колку неговите забелешки ќе бидат прифатени. По се изгледа, подготвени се на компромис затоа што во текот на подготовките на измените на Законот за здравствена заштита ја прифатија сугестијата на Министерството во одредбата за 48 часовно работно време да биде исклучена „подготвеност.“

одговара ако се случи грешка во текот на прекувремената работа? Во Комората интензивно работат на моделот на осигурувањето кој би бил соодветен на интересите на установите, лекарите и пациентите, па ќе им го предложат на здравствените власти. Загрижувачки е, како што се слуша од лекарските кругови, дека некои директори прават притисок врз лекарите да ја потпишат согласноста за прекувремена работа. Во спротивно им се закануваат дека нема да им ги дадат дозволите за дополнителната работа надвор од работното време кај други работодавци. За тоа, кажува Миниго деновиве ќе расправа комисија на Комората за болничка дејност.

На стотици жители имаме само 2,5 лекари, во однос 3,5 во земјите на Европската унија. Лекари на берзите за работа има малку и тоа само во големите градови, додека во „провинцијата“ треба да се бараат со лупа. Покрај тоа, истакнува Миниго, уште не е донесена национална стратегија која би го решила проблемот, иако таа беше најавена пред една година. Требаше, меѓу другото, да содржи и зголемување на квотата за запишување студенти на медицинските факултети, а со тоа да им се овозможи на лекарите, кои тоа го сакаат и можат, да работат во државната служба и до 70 години, како што им е тоа дозволено на судиите. Но, се е сопрено затоа што нема пари за тоа, како што вели Миниго, имаме онолку лекари колку што можеме да ги платиме.

Сепак кризата во болниците најверојатно нема да се почувствува, првенствено заради самите лекари кои и онака се веќе навикнати да работат повеќе отколку што им е пропишано според законите.

СЛОВЕНИЈА

...А НЕ ПОЧНАВМЕ НИТУ ДА ГО СТЕГНУВАМЕ ЗДРАВСТВОТО!...

Откако владее тоталитаризмот на капиталот, нашето општество се врти во надолна спирала. Така, всушност, повеќе и не се зборува дека сите подрачја треба рамномерно да се развиваат и на луѓето да им се овозможи нормално живеење доколку и натаму сакаме да живееме во мир и просперитет. Спротивно на тоа, откако развиениот свет, а со него Словенија прогласи криза, настаните се нижат според познато сценарио. Секоја колку-толку витална дејност, првин морално ја девалвираме, а накусо потоа капитално ја исцрпуваме, додека самата да не пропадне. Нема дилема, сега и во нашата земја е на ред (јавното) здравство.

„Здравството не почнавме ниту да го стегаме“, изјави претставничката на Фондот за здравство, потврдувајќи го претходно изнесеното на одржаното собрание. Собранието набргу потоа и потврди – донесе неколку одлуки со кои финансиски ќе се исцрпуваат болниците. Со тоа се прелеа последната капка преку работ на подносливост во нашата декларативно хумана држава. Како се случи ова?

Собранието на Фондот за здравство има значење за здравството како парламентот за земјата. Нејзините 45 членови би требале да ги претставуваат и застапуваат здравствените интереси на два милиони жители. Над буџетот, годинава вреден 2,367 милијарди евра даночни пари, силно се стегат пипците на моќни интересни групи, што очигледно претставниците на послабите, значи на работниците, земјоделците, хендикепираните, пензионерите..., не успеале да ги препознаат. Сите во еден глас зборуваа за трошоците на (јавните) болници и потребата за рационализација. Не ги ни допреа добавувачите, како ни профитот на фармацевтската индустрија. Спротивно, дејствува во нивна корист и на штета на пациентите.

Навистина, буџетот сè уште силно го чувствува растот на платите во здравството од времето на претходната влада, така што оттаму доаѓа и еден вид гнев против персоналот во болниците. Но, тогаш платите во здравствениот сектор навистина беа ниски, пари имаше доволно, и никој од економистите гласно не кажа ниту збор, ниту дека некогаш ќе недостигваат пари. Интересно е дека претставките доаѓаа претежно од устата на работодавците кои имаат високи плати, додека нивните работници ги осиромашуваат со срамно ниски примања.

Зад пулот на раскошната сала на Фондот, лесно е да се зборува за премногу вработени во болниците кои работат малку или лошо. Но, кога некој од говорниците утре немоќно би паднал во болничкиот кревет, секако би очекувал со него постојано да бидат најмалку една медицинска сестра, ако не и лекар. Значи - да зборуваме за потребата здравството да се уреди како стопанство - е знак на највисоко ниво на тревога. Стопанство тукувечи и да немаме.

Тешко е да се разбере, но системот е уреден така да донесе заштеда на јавната благајна за разлика од профитот на приватното дополнително осигурување. Неделава усвоените заклучоци подразбираат меѓу четири и пет милиони профит од една година за приватно осигурување. Таму за пациентите парите главно се изгубени, системот е таков што дополнителните осигурувања не можат да трошат пари и во случај, а треба јавната благајна да се спасува. Во јавноста затоа веројатно е создаден впечаток дека јавната благајна стои лошо, а приватните одлично. Тивката насмевка, поради најновите заклучоци, затоа станува разбирлива.

Помалку разбирливо ќе биде доколку јавноста, а особено политиката тие двојни и несвесни игри и ги реализира. Во стварноста јавната благајна е далеку поекономична од приватните. Самата за себе троши два процента од собраните средства, наспроти 15 проценти што приватните ги трошат на самите себе, а ги собираат за лекување.

Постојат и други причини поради кои можното поткопување на јавната благајна е едно од најопасните злодела што можат да се замислат. Исто така, штетно е во нашата земја систематски да се уништува угледот и довербата во здравството. Не само што имаме во оваа област светски признаени достигнувања, повеќе од која било друга дејност и индустрија, туку наместо на унапредување и развој се оди на нови ограничувања, иако медицинската професија е таква што секогаш и на секоја држава и треба, дури и како последно прибежиште на поединечното против невозможните барања на капиталот. Иако медицинските организации во последниве години повлекоа некои лоши потези, промовирањето раздор и нетрпеливост меѓу пациентите и лекарите, што е сега случај е многу погрешно за целото општество

„Дело“



КАЛЕНДАР НА СВЕТСКАТА ЗДРАВСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЈА

26 септември 2011 СВЕТСКИ ДЕН НА СРЦЕТО

Кардиоваскуларните заболувања се најголемите убијци во светот. Фактори на ризик за болести на срцето и мозочен удар се зголемениот крвен притисок, холестеролот и нивоата на гликоза, пушењето, несоодветно внесување овошје и зеленчук, прекумерна тежина, дебелината и физичката неактивност.

Во партнерството со Светската здравствена организација, Светската федерација на срцето организира развивање на свеста преку манифестации во повеќе од 100 земји, вклучувајќи здравствени контроли,

организирани прошетки, курсеви и фитнес сесии, јавни разговори, сценски претстави, научни форуми, изложби, концерти, карневали и спортски турнири.

28 Септември 2011 СВЕТСКИ ДЕН ПРОТИВ БЕСНИЛО

Светската здравствена организација го упатува на беснилото врз луѓето и животните и укажува како да се спречи болеста и како да се организира борбата против беснилото кај животните. Спонзори- Алијансата за контрола на беснилото и САД центрите за контрола на болести и превенција укажуваа на тоа дека 55.000 луѓе умираат секоја година од беснило,

во просек една загубен живот на секои 10 минути.

Во САД располагаат со безбедни и ефективни вакцини за луѓето што јадат храна која била во контакт со животни кои можат да ја имаат болеста, но употребата во земјите во развој е ниска поради високата цена на вакцините.

10 Октомври 2011 СВЕТСКИ ДЕН НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЈЕ

Светскиот ден на ментално здравје се одбележува на 10 октомври има за цел да ја подига јавната свест за менталните здравствени проблеми. На овој ден се промовираат повеќе отворени дискусии за болестите и третманот на услугите со кои се третираат ментално болните лица., како и инвестирањето во превенцијата на заболените. Статистиката на Светската здравствена организација за 2002

година покажа дека 154 милиони луѓе на глобално ниво страдаат од депресија, која е само една форма на ментална болест.

13 Октомври 2011 СВЕТСКИ ДЕН НА ВИДОТ

Светскиот ден на видот се одбележува со јавни трибини за подигање на свеста на глобално ниво за спречување на оштетувањата на видот, како и на враќањето кај оние што го загубиле.

Овој ден во светот се одбележува како важен во борбата за превенција на слепилото под мотото ”Визија 2020- право на вид“, а е во организација на Меѓународната агенција за спречување на слепилото и Светската здравствена организација. Секоја година се вклучуваат сè повеќе партнери во борбата за одржување на видот и превенцијата на слепилото.

**ОРАЛЕН
ТРЕТОГЕНЕРАЦИСКИ
ЦЕФАЛОСПОРИН**

TR IC EF

cefprozime

**СУПЕРИОРЕН ВО ТЕРАПИЈА НА
РЕСПИРАТОРНИ ИНФЕКЦИИ**

соодветен за сите возрасти

**можен
*докажан
безбеден



**АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ**

Здравјето ѝ пред сè

www.alkaloid.com.mk



Пишува:
Проф. д-р Елизабета Србиновска
Универзитетска Клиника за кардиологија

КАРДИОВАСКУЛАРНА ПРЕВЕНЦИЈА - ВРЕМЕ ЗА АКЦИЈА

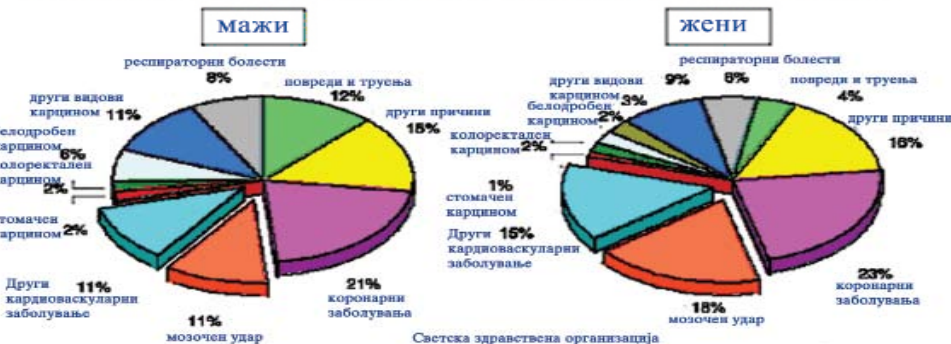
Проекцијата на Светската здравствена организација е дека и до 2030 година кардиоваскуларните заболувања ќе останат сè уште водечка причина за mortalitet и morbiditet. Секој година еден од тројца умира од некоја форма на кардиоваскуларно заболување, што претставува некаде околу 17 милиони луѓе годишно. Од нив над 80% настануваат во ниско и средно развиените земји, каде што припаѓа и нашата држава.

Стапката на смртност од кардиоваскуларни заболувања според Светската здравствена организација, објавена во 2004 година, е 43% кај машката популација, од кои 21% од кардиоваскуларна срцева смрт. Кај женската популација кардиоваскуларната смртност изнесувала 56%, од кои 23% од кардиоваскуларна срцева смрт. Поголемата вкупна кардиоваскуларна смртност кај жената се должи на поголемата инциденца на мозочниот удар (графикон број 1.)

Постојат мал број на високоразвиени држави во Западна Европа кадешто се бележи пад на кардиоваскуларниот morbiditet и mortalitet.

Кои се кардиоваскуларни заболувања?

Причини за смрт во зависност од полот во Европските земји



Графикон број 1. Причини за смрт според полот во Европските земји

Под поимот кардиоваскуларни заболувања се подразбира болести кои ги зафаќаат срцето и крвните садови, односно тука, пред сè, се мисли на коронарните крвни садови, мозочните и периферните крвни садови. Во основа на кардиоваскуларните заболувања е процесот на атеросклероза, која претставува дифузна системска болест, која настанува многу порано пред да се појават симптомите.

Во борбата со кардиоваскуларните заболувања треба да бидат вклучени сите, глобалната здравствена политика на државата, матичните доктори, сите поединци, нивните фамилии, нивите компании и слично.

Американското здружение за срце со Американскиот колеџ за кардиологија, како и Европското кардиолошко здружение во соработка со другите асоцијации, како што е Асоцијацијата за дијабетис, хипертензија, мозочен удар и други издадоа водичи за превенција и лекување на кардиоваскуларните заболувања што треба да се почитуваат со цел да се редуцира ризикот од идни кардиоваскуларни збиднувања.

Исто така, направени се и одредени таблички, како Фрамингамската, Европскиот ризик-скор со кој се проценува постојниот ризик на одредена личност, односно се издвојуваат пациенти кои се со висок ризик за развој на иден кардиоваскуларен настан. Насоките за третман на пациентите без кардиоваскуларна болест (примарна превенција) и пациентите со веќе докажана кардиоваскуларна болест (секундарна превенција) се разликуваат.

Според американските и европските асоцијации, потребно е да се направи процена на глобалниот ризик за секој пациент, особено да се направи идентификација на високоризичните пациенти кои бараат итно внимание и интервенција, мотивација на пациентите да се придржуваат на советите за намалување на факторите на ризик, промена на нивниот интензитет. Пациентите со висок ризик можат да бидат ставени и на медикаментозен третман како да веќе имале некој тип на кардиоваскуларна болест. За отпочнување на лекување на факторите на ризик кај пациент пред претходно кардиоваскуларно случување потребно е да се пресмета корисноста и ризикот од соодветното медикаментозно лекување.

Примарната превенција е особено важна, а претставува препорака која треба да ја добие здрав пациент, без познато кардиоваскуларно заболување. Матичните доктори треба да придонесат за едукацијата на популацијата. Првата цел за примарната превенција е насочена кон откривање, осознавање и борба против факторите на ризик, намалување на нивниот интензитет и нивно искоренување. Во нашата земја постои обврска матичните доктори на одреден процент од прегледаните пациенти во месецот да им направат превентивен преглед со ЕКГ и одредување на најчестите фактори на ризик за кардиоваскуларна болест

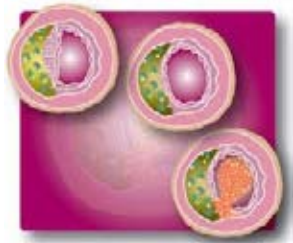
Еден од главните фактори на ризик за КВЗ се покачените маснотии кои се и основа за развој на атеросклерозата. Меѓутоа, сите ризик-фактори можат да бидат причина за фаворизирање и предвремена појава на коронарната болест на срцето. Затоа борбата треба да се води кон препознавање и борба против ризик-факторите, односно да ги намалиме или комплетно елиминираме.

Факторите на ризик се дефинираат како карактеристични знаци и симптоми што се поврзани со зголемена појава на кардиоваскуларните заболувања. Постојат две големи групи на фактори на ризик таканаречени модифицирачки и немодифицирачки. Немодифицирачки се оние на кои ние не можеме да делуваме, а тоа се возраста, полот и генетската предиспозиција. Модифицирачките се оние на кои ние можеме да делуваме, препознавајќи ги и стремејќи се да ги намалиме или елиминираме. Постојат многу

дестабилизирањето на атеросклеротичните лезии кои би биле причина за развој на акутен клинички синдром, кај поацент кој никогаш немал знаци за срцево коронарно страдање (ангина пекторис). Оттаму, поимот за вулнерабилна плака и вулнерабилен (ранлив) пациент.

И покрај напредокот во третманот на кардиоваскуларните болести, голем број случувања кај навидум здрави пациенти не можат да се предвидат (супклиничка атеросклероза). До-стапните скрининг и дијагностички методи се често инсуфициентни за идентификација на жртвите на кардиоваскуларен настан пред тој да се случи. Сите типови на атеросклеротична плака со висок ризик за настанување на тромботична компликација и брза прогресија е наречена вулнерабилна плака, која може да е причина за појава на акутен коронарен синдром, миокарден инфаркт и нагла срцева смрт. Оттука и поимот за вулнерабилен пациент кој претставува личност со висок ризик за развој на некој срцев настан во блиска иднина

Слика 1. Нестабилна плака со руптура на неа и процес на тромбоза и оклузија на крвен сад



Руптура на плаката е најчест тип на компликација на плаката, кај околу 70% од случаите кога настанува и фателен акутен миокарден инфаркт и/или нагла срцева смрт.

Постојат различни типови на вулнерабилни плаки, но најчесто се работи на плака со големо липидно јадро и тенка фиброзна обвивка(капа), инфилтрирана со макрофаги. Тенката фиброзна капа може да еродирана правејќи субоклузија и најчесто е причина за акутен коронарен синдром, или да прсне правејќи комплетна оклузија која клинички се манифестира со акутен миокарден инфаркт. Активноста за болеста може да се процени со серолошки маркери кои го покажуваат системски инфламаторен одговор, како на пример, со висок сензитивен Ц реактивен протеин и тие влегуваат во групата на вулнерабилни пациенти. Но, тоа е неспецифична состојба за кардиоваскуларно збиднување. Клиничката дијагноза на вулнерабилната плака е комплексна, односно ниту инвазивните ниту ненивазивните имидинг техники не можат точно да ја откријат и потврдат вулнерабилната плака. Напредните технички достигнувања на ултразвук со радио-фреквентна анализа и еластографија како и оптичката кохерентна томографија, и некои понови интраваскуларни техники, можат попрецизно да го опишат составот на плаката.

Според Американското здружение за срце примарната превенција треба да почне уште на 20 години, со земање на фамилијарна историја, податок за пушење, начин на исхрана, користење алкохол и обемот на физичка активност. Мерење на крвен притисок, телесна маса, обем на струкот и пулсот треба да се рутински да се контролира најмалку на 2 години. Треба да се одреди липидниот статус и гликемијата најмалку на 5 години, а доколку пациентот има ризик за дијабетес, најмалку на 2 години. Доколку пациентот е над 40 години или има повеќе од два фактора на ризик за кардиоваскуларно заболување треба да се одреди кардиоваскуларниот ризик според табличките, скорови и доколку пациентот е со висок ризик за кардиоваскуларно збиднување потребно е медикаментозно лекување. Според водичот, многу други специфичности се одредени, што на докторот му ја олеснува постапката за спроведување на превенција.

Во Европскиот водич за примарна превенција се точно определени пациентите со ризик за кардиоваскуларно случување, како и насоката за третман на истите доколку се во ризик. Според овој водич луѓето кои сакаат да останат здрави треба да ги имаат следните параметри: 0 3 5 140 5 3 0, односно 0 - да не пушат, 3 - да пешачат три километри дневно или да имаат 30 минути средно изразена физичка активност, 5 - порции на овошје зеленчук дневно, 140 - крвен притисок под 140 mmHg во систола, 5 - под 5 вкупен холестерол, 3 - под 3 ЛДЛ холестерол, 0 - да се избегнува зголемена телесна тежина и дијабетес. Пациенти кои треба да бидат опфатени за проценка на кардиоваскуларен ризик се пациенти кои сами сакаат да ја направат, потоа пациенти со средна возраст кои се пушачи, дебел, особено со абдоменална дебелина, пациенти со еден или повеќе ризик фактори од типот на покачен крвен притисок, липиди или шеќер, фамилијарна историја за прематурна кардиоваскуларна смрт

и кај кои има присутни знаци за кардиоваскуларна болест.

Како ќе препознаеме срцев удар?

Еден од најзначајните симптоми на срцевиот удар е градниот дискомфорт кој може да се јави зад градната коска, да се шири во претсрцевиот предел, може да се јави болка во надлактиите, вратот, грбот. Понекогаш немора да има болка, а да се чувствува само отежнато дишење, замор, гадење, повраќање, главоболка. Неспецифичната манифестација на коронарната артериска болест, срцевиот удар многу често се случува кај женската популација, па често може да остане не препознаена и пропуштена.

Акутните коронарни случувања одат со електрокардиографски промени и зголемување на одредени биохемиски маркери, различни во зависност од периодот на иследување и настанување на акутната манифестација.

Акутните коронарни збиднувања многу често завршуваат со нагла срцева смрт, пред да добијат било каква медицинска помош.

Како ќе препознаеме мозочен удар?

Една од најчестите манифестации е искривувањето на левата или десната половина на телото, проблем со одењето, изненадна конфузност, изненаден проблем со видот, говорот, силна главоболка од непозната причина.

Како ќе препознаеме периферна артериска оклузија?

Симптомот на болка во одреден сегмент на ногата или раката со појава на бледило, студенило е најчеста манифестација на периферната артериска болест.

Што по акутно поминат кардиоваскуларен настан?

Пациентите по преживеан кардиоваскуларен настан треба да примаат соодветна терапија, за која повторно постојат водичи наменети за секундарна превенција.

Заклучок

Спроведувањето на примарната превенција е многу важно при намалувањето на кардиоваскуларните заболувања. Треба да се спроведува на сите нивоа на здравствениот систем. Особено важно е едукација за факторите на ризик, осознавање на нивното присуство, тенденција на нивно намалување и искоренување. Од друга страна, е спроведувањето на секундарната превенција, која се спроведува после кардиоваскуларен настан. Секундарната превенција по кардиоваскуларно заболување ја намалува можноста за идни кардиоваскуларни збиднувања, а од друга страна ја намалува можноста за формирање на срцева слабост. Во услови на мозочен удар го намалува инвалидитетот на овие болни. Особено важно при намалувањето на инциденцата на кардиоваскуларните заболувања и намалување на инвалидитетот по нивно јавување е изготвување на национална стратегија за превенција, дијагноза, транспорт до најблиската болничка установа и натамошен третман.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sigurdson E.L., Thorgeirsson G. Primary prevention of cardiovascular diseases . Scand J Prim Health Care, 2003; 21:68-74.
2. AHA Scientific Statement, AHA Guideline for Primary Prevention of Cardiovascular diseases and Stroke, 2002, update, Circul. 2002;106:388-391
3. Stramba-Badiale M. et al. Cardiovascular diseases in women: a statement from policy conference of the European Society of Cardiology, Eur.Heart Journal,2006;27:994-1005.
4. Browne J.L., Grobbee D.E. Cardiovascular prevention and international health, Eur.Journal of Cardiovasc. Prevention&Rehabilitation .2011, 18(4) 547-549.
5. Abegunde D.O., Mathers CD, et al. The burden and cost of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet 2007;370:1929-1938.
6. Euro Heart Survey and National Registers of Cardiovascular Diseases and Management, 2002
7. Cardiovascular Prevention in Clinical Practice, Fourth Joint European Societies Task Force on Cardiovascular Prevention in Clinical Practice, Eur.Journal of Cardiovasc. Prevention&Rehabilitation .2007 ;4(Suppl 2)
8. Tuzcu EM, Kapadia SR, Tutar E, et al. High prevalence of coronary atherosclerosis in asymptomatic teenagers and young adults: evidence from intravascular ultrasound. Circulation. 2001;103:2705-2710
9. Varnava AM, Mills PG, Davies MJ. Relationship between coronary artery remodeling and plaque vulnerability. Circulation. 2002;105:939-943
10. Libby P. Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. Circulation. 2001;104:365-372
11. Asakura M, Ueda Y, Yamaguchi O, Adachi T, Hirayama A, Hori M, Kodama K. Extensive development of vulnerable plaques as a pan-coronary process in patients with myocardial infarction: an angioscopic study. J Am Coll Cardiol. 2001;37:1284-1288
12. Ridker PM, Rifai N, Rose L, Buring JE, Cook NR. Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events. N Engl J Med. 2002;347:1557-1565
13. Nair A, Kuban BD, Tuzcu EM, Schoenhagen P, Nissen SE, Vince DG. Coronary plaque classification with intravascular ultrasound radiofrequency data analysis. Circulation. 2002;106:2200-2206